



Mémoire Présenté
par : SAMBARE/
YAMEOGO P. Adèle

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU
DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

**COLLABORATION ENTRE MEDECINE
TRADITIONNELLE ET MEDECINE
MODERNE AU BURKINA FASO: ENTRE
DISCOURS ET PRATIQUES**

Année Universitaire Juillet 2011



BURKINA FASO

UNIVERSITE DE OUAGADOUGOU



UNITE DE FORMATION ET DE RECHERCHE EN SCIENCES HUMAINES
(UFR/SH)

DEPARTEMENT DE SOCIOLOGIE

Mémoire de Master 2 (option Recherche)

**COLLABORATION ENTRE MEDECINE
TRADITIONNELLE ET MEDECINE MODERNE AU
BURKINA FASO: ENTRE DISCOURS ET PRATIQUES**

Présenté par

SAMBARE/YAMEOGO P. Adèle

Directeur de mémoire: Pr André K. SOUBEIGA,

(Maître de conférences en sociologie de la santé)

Codirecteur de mémoire: Pr Jean-Baptiste NIKIEMA,

(Professeur titulaire en pharmacognosie)

Année Universitaire Juillet 2011

Table des matières

<i>DEDICACE</i>	I
REMERCIEMENTS	I
SIGLES ET ACRONYMES	II
Introduction	1
I. Problématique	3
1. Revue documentaire	5
1.1. La médecine traditionnelle, de l'époque précoloniale à nos jours.	5
1.2. Polémique autour de la question de la valorisation de la médecine traditionnelle dans le système de santé africain	8
1.3. A propos de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne	13
2. Définition des concepts	15
2.1. Médecine moderne	15
2.2. Médecine traditionnelle	16
2.3. Tradipraticien de santé	17
2.4. Représentations sociales de la maladie	20
2.5. Collaboration	21
2.6. Attitude	23
2.7. Itinéraire thérapeutique	23
3. Objectifs	24
3.1. Objectif général	24
3.2. Objectifs spécifiques	24
4. Hypothèses	25
4.1. Hypothèse principale	25
4.2. Hypothèses secondaires	25
5. Présentation de la ville de Ouagadougou	25
5.1. Données historiques et géographiques	25
5.2. Données administratives et socioculturelles	26
5.3. Données sanitaires	27
6. Méthodologie de la recherche	28
6.1. Le modèle théorique de la recherche	28
6.2. La recherche documentaire	28
6.2. Les méthodes de collecte et d'analyse des données.	28
II. Aperçu sur le système sanitaire du Burkina Faso	29
1. Organisation du système de santé au Burkina	31
1.1. L'organisation administrative	31
1.2. L'organisation de l'offre de soin	31
2. Une médecine moderne en difficulté	32
2.1. La situation des infrastructures sanitaires	32
2.2. Les ressources humaines	33
III. La médecine moderne et sa perception de la maladie	36
IV. La médecine traditionnelle et sa conception de la maladie	38
V. Médecine moderne et médecine traditionnelle: quelle cohabitation aujourd'hui?	41
VI. Les professionnels de la santé et leurs conceptions de la médecine traditionnelle	46
VII. Les représentations de la médecine moderne par les tradipraticiens de santé	48
Conclusion	50
Références bibliographiques	52
Ouvrages et articles	52
Rapports et périodiques	58

DÉDICACE

À mes fils Fadil et Moubarak

Je dédie ce travail de recherche

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

REMERCIEMENTS

Nous tenons à transmettre nos sincères remerciements:

à notre directeur de mémoire, le Pr André K. SOUBEIGA, pour sa très grande attention, sa disponibilité et les précieux conseils portés à notre égard depuis la réalisation de notre mémoire de maîtrise jusqu'à l'élaboration de ce mémoire de Master;

au Pr Jean-Baptiste NIKIEMA, pour sa confiance en nous orientant depuis la maîtrise sur le thème de la médecine traditionnelle. Nous lui disons infiniment merci pour ses conseils et remarques; merci pour tout le soutien matériel qui a été mis à notre disposition pour faciliter la réalisation de notre travail;

au Dr DAGBA / DJIERRO Kadidja, directrice de la DMPT, pour ses précieux conseils et son attention particulière depuis notre venue à la direction;

au personnel de la DMPT pour leur aide et encouragement;

à mon époux, pour son grand soutien et ses critiques pertinentes dans la rédaction de ce mémoire;

aux familles NIKIEMA, DIENDERE, SAM, YAMEOGO, nous leur disons merci pour leur constante disponibilité et leur encouragement;

à tous nos frères et sœurs qui ne cessent de témoigner leur amour et leur affection, nous leur disons infiniment merci;

à notre très chère sœur et amie ZONGO Sylvie, nous lui exprimons infiniment notre gratitude pour ses conseils et critiques très pertinentes qui ont été bénéfiques à la réalisation de ce travail;

au CODESRIA, pour le soutien financier;

à tous nos ami(e)s et à toutes ces personnes, qui ont d'une manière ou d'une autre contribué à la réalisation de ce mémoire, nous leur disons merci.

SIGLES ET ACRONYMES

ACCT	Agence de Coopération Culturelle et Technique
AMM :	Autorisation de Mise sur le Marché
CAMEG	Centrale d'Achat des Médicaments Essentiels Génériques
CAMES	Conseil Africain et Malgache pour l'Enseignement Supérieur
CCF	Centre Culturel Français, actuel Institut Français
CHR	Centre Hospitalier Régional
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CIRD	Centre International pour la Recherche et le Développement
CM	Centre Médical
CMTSI	Centre de Médecine Traditionnelle et des Soins Intégrés
CMA	Centre Médical avec Antenne chirurgicale
CNRST	Centre National sur la Recherche Scientifique et la Technologie
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CSPS	Centre de Santé et de Promotion Sociale
CVRS	Centre Voltaïque de la Recherche Scientifique, aujourd'hui CNRTS
DGISS	Direction Général de l'Information et des Statistiques Sanitaires
DGPML	Direction Générale de la Pharmacie du Médicament et des Laboratoires
DMPT	Direction de la Médecine et Pharmacopée Traditionnelles
IRSN	Institut de Recherches des Substances Naturelles
IRSS	Institut de Recherches en Sciences de la Santé
OL.PROMETRA	Organisation Internationale pour la Promotion des Médecines Traditionnelles
OMD	Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PNDS	Plan National pour le Développement Sanitaire
PvVIH	Personne vivant avec le VIH/Sida
RGPH	Recensement Général de la Population et de l'Habitation
RNES	Recherche Nationale Essentielle en Santé
SIDA	Syndrome d'Immunodéficience Acquise
TPS	Tradipraticiens de Santé
U.A	Union Africaine
UNICEF	Fonds des Nations Unies pour l'Enfance
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

Introduction

La médecine moderne est arrivée en Afrique avec la colonisation. Ainsi, pendant la période coloniale, la médecine traditionnelle a été frappée d'ostracisme et ignorée de la médecine moderne. Sa pratique était considérée comme illégale et par conséquent interdite au profit de la médecine moderne. Durant toute cette époque, la médecine moderne exercera tout son pouvoir dictatorial sur la médecine traditionnelle, limitant donc sa marge de manœuvre.

Ce n'est qu'après les indépendances, que des mesures seront adoptées véritablement pour revaloriser la médecine traditionnelle. En effet, en 1970, l'ordonnance n°70-68 bis/PRES/MSP/AS du 28 décembre 1970 portant Code de Santé Publique et ses textes d'application, tolère la médecine traditionnelle dans la Haute-Volta de l'époque (actuel Burkina Faso). En outre, en 1994, la loi n°23/94/ADP portant Code de la Santé Publique du 19 mai 1994 reconnaît la médecine et la pharmacopée traditionnelles comme une des composantes du système national de santé. Aussi, l'OMS, ayant constaté l'efficacité des remèdes de la médecine traditionnelle, préconisera pour la première fois, lors de la conférence internationale sur les soins de santé primaires tenue en 1978 à Alma Ata, l'implication du savoir médical local dans la prise en charge sanitaire des populations. Dans sa déclaration, elle stipulait que les soins de santé primaires *«font appel tant à l'échelon local qu'à celui des services de recours aux personnels de santé, médecins, infirmiers (...) ainsi que, s'il y a lieu, praticiens traditionnels (...) pour répondre aux besoins de santé exprimés par la collectivité»*¹.

De nos jours, la médecine traditionnelle connaît un regain d'intérêt. En effet, des chercheurs, à l'échelle nationale et internationale se penchent, de plus en plus, sur la question de la valorisation et la réhabilitation de la médecine traditionnelle dans nos systèmes de santé. Au Burkina Faso, plusieurs initiatives sont développées. Il s'agit entre autres de la création de centres de recherches tels que l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) en 1980, la mise en place d'une direction en charge de la promotion de la médecine et pharmacopée traditionnelles en 2002, l'organisation biennale du Congrès International de Phytothérapie de Ouagadougou (CIPO), depuis 2007, avec pour objectif de créer un cadre d'échange

¹Lega Ibrahim, Médecine traditionnelle: la mère nourricière, décembre 2009, http://lafia.info/article.php3?id_article=233

d'expériences entre le savoir médical traditionnel et le savoir moderne. En outre, en 2001, la médecine traditionnelle a été intégrée dans le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS) 2001-2010.

Par ailleurs, il y a lieu de souligner que la promotion de la médecine traditionnelle dans les années 90 manquait de visibilité malgré, la mise en place de structures étatiques œuvrant dans ce cadre. Par contre, les années 2000 semblent particulièrement être des années d'action, de réveil, pour nos autorités dans ce domaine.

Du côté des populations, la médecine traditionnelle continue aussi d'occuper une place très importante dans les itinéraires thérapeutiques. En effet, l'émergence de certaines maladies et l'impuissance avouée de la médecine moderne face à celles-ci conduisent parfois les individus attachés à la tradition ou épuisés financièrement par les soins de santé modernes à se tourner vers la médecine traditionnelle pour la prise en charge de leurs problèmes de santé. Les médicaments pharmaceutiques et le coût des prestations dans les centres de santé (publics et privés), sont parfois onéreux pour la majorité des populations vivant en dessous du seuil de pauvreté.

Le facteur financier et l'habitus sanitaire des malades sont entre autres, les raisons qui expliquent le choix du recours à la médecine traditionnelle. C'est à juste titre que Bourdieu, cité par G Ferréol disait *« l'habitus est non seulement un système de préférence mais également un système générateur de pratiques. Conformément à ses goûts, chaque individu a un comportement cohérent qui lui semble naturel mais qui est le produit de ses expériences sociales. Ces expériences sont liées à l'appartenance à une classe sociale et à une culture donnée »*².

La médecine traditionnelle fait partie de la vie des Africains, et ne peut être ignorée par le système de santé moderne. Face à cette situation, la coopération de ces deux médecines se pose avec acuité. Effectivement, elle serait au bénéfice:

- des populations, car l'union des deux médecines leur permettrait une meilleure prise en charge sanitaire;
- des scientifiques, car de cette collaboration pourrait résulter la découverte de nouvelles molécules pour la fabrication de nouveaux médicaments;

² Bourdieu, cité par Ferréol G., 1996 :62

- des pouvoirs publics, elle pourrait leur rendre moins dépendants des industries pharmaceutiques de l'occident.

Cependant, la médecine traditionnelle ancrée dans la culture africaine et la médecine moderne, héritière de la culture occidentale, sont à l'origine de conflits culturels conduisant à une persistance de la méfiance et d'un manque de confiance entre les tradipraticiens et les agents de santé. Aussi, dans l'interaction entre les deux systèmes de soins, les tradipraticiens semblent-ils toujours sceptiques et peu coopératifs quant au partage de leurs savoirs avec le monde « profane » qu'est la médecine moderne.

Le choix du présent thème est guidé par le fait qu'il est d'actualité et qu'il nous permettra de saisir les discours et les pratiques à propos de la collaboration entre la médecine dite conventionnelle et la médecine considérée comme traditionnelle.

I. Problématique

La situation sanitaire du Burkina Faso est peu satisfaisante. En effet, celle-ci est marquée, entre autres, par une insuffisance et une répartition inégale du personnel soignant³ du sous-secteur public et des infrastructures sanitaires. En marge de cela, on note le non respect des normes édictées par l'OMS⁴, des problèmes de qualité et d'accessibilité (géographique, financière) des soins qui montrent des failles du système de santé du pays.

En outre, les pertes en vies humaines engendrées par certaines pathologies font l'objet de grandes préoccupations au Burkina Faso. Le pays paie un lourd tribut avec ces nombreuses maladies qui minent son développement socio-économique; celles-ci font chaque jour de nombreuses victimes. Selon le PNDS (2011), le taux brut de mortalité est de 11,8 pour mille. La mortalité et la morbidité sont dues aux pathologies comme le paludisme, le VIH/Sida et la malnutrition.

³ Cf. le point sur les ressources humaines qui illustre bien cela.

⁴ Il ressort dans le document de synthèse des 2^{ème}s états généraux de la santé (2010) que les dons d'équipements aux formations sanitaires ne respectent pas les normes édictées par l'OMS ce qui perturbe par conséquent la réalisation des activités des structures sanitaires. Par ailleurs, les normes en matière d'équipements des CSPPS et des CMA ne sont pas toujours respectées.

Face à la problématique de ces nombreuses maladies qui affectent considérablement le capital humain, d'une part et l'impuissance de la médecine moderne dans le traitement de certaines pathologies d'autre part, impliquer encore plus les tradipraticiens de santé dans la lutte contre ces pathologies est plus que nécessaire. Les tradipraticiens de santé ont toujours joué un rôle important dans la vie des populations africaines en général et burkinabè en particulier, malgré le fait que la médecine traditionnelle ait connu sous l'ère coloniale le dénigrement et la réclusion.

Aujourd'hui, les tradipraticiens de santé n'exercent plus dans la pénombre. Leur nombre est estimé à près de 30 000 sur toute l'étendue du territoire, dont 3 000 dans la ville de Ouagadougou⁵. Aussi, leur implication davantage dans la prise en charge de certaines pathologies (VIH/Sida, drépanocytose, paludisme etc.) est-elle de plus en plus constatée et une plus grande attention est prêtée à la médecine traditionnelle. En effet, ce regain d'intérêt pourrait s'expliquer entre autres, par l'attachement à la tradition et les difficultés que rencontre la médecine moderne dans le traitement de certaines maladies.

Par ailleurs, l'accroissement et l'émergence de certaines pathologies a fait prendre conscience aux États africains de la nécessité de considérer les acquis de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé modernes. Pour ce faire, une collaboration entre les praticiens de la médecine moderne et ceux de la médecine traditionnelle semble opportune. Cependant, cette idée de collaboration n'est pas approuvée par tous; certains praticiens de la médecine moderne surtout, sont réfractaires à une éventuelle symbiose de ces deux thérapies. Sur le terrain, on a deux médecines qui sont côte à côte et qui entretiennent quelques rapports d'échange.

Qu'est ce qui entrave l'instauration d'une parfaite collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne? Quel est l'état des discours et pratiques autour de la collaboration entre ces deux médecines? Comment les agents de santé de la médecine conventionnelle perçoivent-ils la médecine traditionnelle? De même, quelles perceptions les tradipraticiens ont-ils de la médecine moderne et d'une collaboration avec elle?

⁵ Ministère de la santé, Document Projet centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés de Ouagadougou (CMTSI), avril 2006.

1. Revue documentaire

1.1. La médecine traditionnelle, de l'époque précoloniale à nos jours.

Pendant la période précoloniale, c'est-à-dire avant l'arrivée du colon et des missionnaires, la médecine traditionnelle était l'unique voie de recours thérapeutiques des populations africaines. Ses praticiens que sont les guérisseurs, exerçaient librement leur art de guérison. Cependant, très peu d'informations ont été recueillies sur le patrimoine médical de nos ancêtres car n'étant pas instruits, les transmissions se faisaient alors par voie orale. C'est pourquoi, Amadou Hampaté Ba disait qu' : 'En Afrique, chaque fois qu'un vieillard meurt, c'est une bibliothèque qui brûle'⁶.

L'avènement de la colonisation en Afrique va créer un grand changement, car les colons vont chercher à s'imposer à tous les niveaux (éducation, santé, économie, politique, culture). Ce changement social que va connaître l'Afrique à cette époque coloniale sera l'ébauche d'un conflit entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne.

Les Africains qui étaient considérés comme des 'êtres aliénés, inférieurs', sans aucune civilisation, sans culture, devront à partir de ce moment s'identifier à la civilisation occidentale. Il faut ajouter également que « *dans cette perspective, l'examen des thérapies ne faisait que s'inscrire dans la vision d'ensemble que les Occidentaux adoptaient vis-à-vis de toutes les manifestations des cultures africaines, à savoir un état d'infériorité par rapport à la civilisation, étant entendu que la civilisation se trouvait en Occident* »⁷.

La gestion des problèmes sanitaires des Africains jusque-là assurée par la médecine traditionnelle, sera confiée à la médecine moderne qui deviendra ainsi la seule à être exercée et la seule à laquelle les Africains devront à présent faire recours; ce sera le temps de la réclusion pour la médecine traditionnelle. En effet, la colonisation a été l'époque de la page sombre pour la médecine traditionnelle, car celle-ci était vue comme une médecine archaïque, assimilée à la sorcellerie. Les guérisseurs seront combattus, pourchassés; ce qui les conduira à exercer dans la clandestinité. La médecine moderne se développera ainsi au grand dam de celle dite traditionnelle.

Selon Bognounou et al. (1976), l'époque coloniale a été une période très difficile pour les praticiens de la médecine traditionnelle. Longtemps stigmatisée, ce sont les premières lueurs

⁶ Amadou Hampaté Ba, cité par D. Zouré, 1996 :2

⁷ Serge Genest, 1980:2

des indépendances qui vont apporter un petit souffle d'espoir à la médecine traditionnelle même si, celle-ci demeure encore sous la pénombre de la médecine moderne. En effet, les tradipraticiens ne connaîtront pas plus, un meilleur sort aux premiers instants des indépendances, car très peu de pays africains leur porteront de l'intérêt. Néanmoins, une tolérance sera manifestée à l'égard de la médecine traditionnelle à partir des années 1970, qui sera marquée, entre autres par:

- l'organisation de colloques par le CAMES sur la médecine traditionnelle (1976),
- la création de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS, 1980),
- la création d'Instituts de médecine traditionnelle (Congo/Kinshasa, Tanzanie, Mali, Burkina Faso, Niger, Côte d'Ivoire, etc.)⁸

I.P. Guissou (1997) évoque lors du 1^{er} symposium sur la Recherche Nationale Essentielle en Santé (RNES), que la médecine traditionnelle a connu une pseudo clandestinité à l'époque coloniale. Mais, dès les années 1971, elle sera petit à petit remise dans son état de fait en tant que "produit communautaire". Malgré, la légalisation de l'exercice de la médecine traditionnelle depuis les années 1994 au Burkina Faso, celle-ci et la médecine moderne vont évoluer pendant longtemps de façon parallèle.

Par ailleurs, dans le but de rendre plus visible le secteur de la médecine et pharmacopée traditionnelles, on assistera tout d'abord à la création de cellules provinciales de médecine traditionnelle, d'un service de la promotion de la médecine traditionnelle qui aboutira plus tard à l'érection d'une direction de la médecine et pharmacopée traditionnelles (DMPT, 2002). En effet, la mise en place de cette structure permettra une meilleure structuration et réglementation de l'exercice de la médecine traditionnelle au Burkina Faso. De même, elle se présentera ainsi comme une sorte de " passerelle" dans l'établissement de la collaboration avec la médecine moderne.

Jean-Baptiste Fotso Djemo (2009), fait une analyse critique du regard porté à la médecine traditionnelle au temps colonial. A l'instar des auteurs suscités, il fait ressortir également dans son analyse, l'exclusion, la réclusion qu'a connue la médecine traditionnelle pendant la colonisation. Il note que le colon a cherché à s'imposer dans tous les domaines, à façonner l'Africain selon son désir, puisque considéré comme différent de lui, « *la reconnaissance ou*

⁸en 2007, 62 pays avaient des instituts de médecine traditionnelle, contre 12 en 1970. http://www.riminfo.net/La-medecine-traditionnelle-africaine-interesse-le-marche-mondial_a1910.html

la négation de la différence et de l'altérité, de l'identité de l'autre comme autre différent de soi »⁹.

A travers l'école, l'homme blanc va transmettre sa culture, sa vision du monde aux Africains. C'est ainsi que *«plusieurs Africains se sont de plus en plus désintéressés de leur médecine et ont embrassé corps et âme la médecine européenne»*.¹⁰ En effet, ceci en témoigne donc de la réussite parfaite de l'action du colon qui aurait permis au *«colonisé d'intérioriser cette négation et à considérer sa propre culture avec l'œil de son maître, n'y voyant qu'un ramassis de vieilleries dont il faut se débarrasser au plus tôt.»*¹¹

Les praticiens de la médecine moderne ayant acquis leur savoir à travers l'école, seront assimilés à l'homme blanc, rendant ainsi une difficile, voire impossible coopération avec les tradipraticiens de santé. *« La méfiance, la suspicion même manifestée en Afrique à l'égard de tous les " fils du pays " instruits à l' " école du Blanc " : ils passent sinon pour des traitres, du moins au même titre que le colonisateur pour des étrangers, avec toute l'ambivalence qui caractérise l'attitude de l'autochtone à leur égard. (...) toute acquisition du " savoir du Blanc ", s'accompagne (ou est précédée d'une rupture (partielle ou totale) objective ou masquée) avec les structures parentales et les croyances traditionnelles. (...) Le Blanc est considéré en Afrique comme " un esclave du monde aliéné à ses techniques, incapable de rapports humains et de relations spirituelles. »*¹².

Les tradipraticiens de santé ne pouvaient que percevoir les praticiens de la médecine conventionnelle "comme produit de l'homme blanc". Ceci va alors susciter une absence de confiance créant ainsi un climat de "guerre froide" entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle.

La médecine traditionnelle fait partie intégrante de la culture africaine. Par conséquent, vouloir imposer la culture occidentale à l'Afrique, c'est comme lui arracher d'une certaine manière sa propre culture et partant, créer le risque de redéfinir, façonner une médecine traditionnelle africaine sans tenir compte de tout le symbolisme, le mysticisme qui l'entoure. C'est à juste titre, que l'auteur recommande de considérer *« la médecine africaine en elle-même, pour elle-même, et en fonction de la culture africaine essentiellement (...) L'Afrique*

⁹ Jean-Baptiste Fotso Djemo, 2009 :14

¹⁰ Tchigankong N. D., 2009 :9

¹¹ Cheikh Anta Diop, cité par D. Zouré, 1996 :16

¹² Jean-Baptiste Fotso Djemo, op. cit. : 16

situera et définira aussi sa médecine en fonction du nouvel homme qu'elle veut créer, qui s'y crée et de la nouvelle société qu'elle veut bâtir : à partir de son passé (...), mais aussi des changements qui l'ont marqué et continuent de la marquer donc du processus d'acculturation qui s'y développe. »¹³

1.2. Polémique autour de la question de la valorisation de la médecine traditionnelle dans le système de santé africain

De nombreuses opinions et critiques ont été portées sur la promotion de la médecine traditionnelle dans les pays africains. Si pour certains, il est impérieux de prôner la valorisation de la médecine traditionnelle, il faut noter qu'il n'en est pas le cas pour d'autres.

La médecine traditionnelle est une « *médecine ancienne, aussi vieille que l'humanité. C'est une science parfaite basée sur une autre logique, une rationalité autre que celle cartésienne* »¹⁴. En effet, depuis des décennies, les sociétés africaines ont résisté aux nombreuses maladies et endémies grâce aux pratiques médicales traditionnelles et aux vertus curatives des plantes. C'est pourquoi, la valorisation de la médecine traditionnelle est un sujet d'actualité qui préoccupe actuellement les instances nationales et internationales et aussi qui met, entre autres, en évidence des enjeux d'ordre politique, économique et social.

O. Nacoulma / Ouédraogo (1996), montre dans sa thèse que la médecine traditionnelle fait partie intégrante du patrimoine culturel des sociétés africaines. Une grande majorité de la population a recours à cette médecine traditionnelle pour ses problèmes de santé. L'auteur souligne comme d'autres, que cette pratique médicale était combattue pendant la période coloniale et ne fera sa résurgence que sous l'ère des indépendances. Cette résurgence est inhérente aux difficultés de la médecine moderne à trouver des remèdes efficaces contre certaines maladies, aux problèmes économiques et à la précarité sanitaire des États africains. Ceci va alors conduire à la recherche d'alternatives thérapeutiques plus simples, moins onéreuses et adaptées aux réalités culturelles. D'où l'intérêt actuel pour une redynamisation du secteur de la médecine traditionnelle.

L'auteur relève, en effet, dans le cadre de la valorisation de la médecine traditionnelle, des organismes internationaux tels que l'OMS, le CAMES, l'ACCT et l'OUA, (UA aujourd'hui)

¹³ Ibid. : 18-19

¹⁴ Gbodossou, 2004:6

ont organisé de nombreux colloques, séminaires, conférences. Sur le plan national, le Burkina Faso fait également des efforts dans le sens de la dynamisation du patrimoine médical traditionnel en témoigne :

- les travaux du Père César de la Pradilla depuis 1978 ;
- les travaux de l'IRSN depuis 1978;
- les travaux des chercheurs du centre voltaïque de la recherche scientifique (CVRS aujourd'hui CNRST) et de l'université de Ouagadougou;
- les séminaires et les ateliers de la Direction des Services Pharmaceutiques (de nos jours, DGPML) à travers le service de la médecine et pharmacopée traditionnelles, aujourd'hui DMPT;
- La création et l'encadrement des cellules départementales et provinciales, les associations de tradipraticiens de santé du Burkina Faso.

Il ressort qu'en dépit des nombreux débats autour de la valorisation de la médecine traditionnelle et son intégration dans les systèmes de santé des États africains, des résultats significatifs n'ont toujours pas été constatés. De nombreuses recommandations ou promesses sont faites lors des grandes rencontres, mais, elles n'aboutissent pas souvent à des actions concrètes, alors qu'une grande majorité de la population africaine voue un grand respect à ces tradipraticiens de santé qui interviennent dans la gestion de leurs problèmes de santé et sociaux.

E. Gbodossou (1979), quant à lui, revendique une médecine adaptée aux représentations culturelles. Pour lui, la science des tradipraticiens de santé est un patrimoine qu'il faut promouvoir et préserver par tous les moyens possibles. Selon l'auteur, malgré les nombreux moyens de mise en valeur de la médecine traditionnelle qui ont vu le jour, l'avenir de cette pratique ancestrale reste une inquiétude.

De plus en plus, en Afrique, on assiste malheureusement à une disparition progressive de « ces encyclopédies vivantes » que sont les tradipraticiens de santé, emportant avec eux leur savoir. La médecine traditionnelle est en péril car il y a de moins en moins d'initiés, ce qui pose l'épineuse question de la relève. Pour B. Guissou (1983) « *l'école moderne arrache les jeunes du village et sélectionne les meilleurs esprits. Traditionnellement, c'est parmi ces*

meilleurs esprits que les anciens aussi sélectionnaient la relève scientifique, la concurrence de l'école moderne appauvrit sur ce plan la réserve des hommes de savoir traditionnel »¹⁵.

Conscients de l'importance de la médecine traditionnelle dans la vie des populations africaines et soucieux de l'avenir de ce patrimoine sacré, des auteurs comme F. Sib Sié et al ont plaidé (lors du 2^e colloque du CAMES en 1976), pour sa mise en valeur et sa réhabilitation dans les systèmes de santé des États africains et singulièrement de la Haute Volta aujourd'hui Burkina Faso. A travers une étude menée dans la région de Pissila, ces auteurs font remarquer que cette région, à l'instar des autres localités du pays, connaît un manque crucial d'infrastructures sanitaires, tant en qualité qu'en quantité. De plus, on observe une pénurie criarde au niveau du personnel soignant (médecins, infirmiers, sages femmes d'état, etc.). On y note également une insuffisance d'approvisionnement en médicaments pharmaceutiques.

Pour ces auteurs suscités, la peinture de cette réalité montre l'extrême faiblesse de l'infrastructure de la médecine moderne. Cette médecine ne pouvait, vu l'état des moyens dont elle disposait, couvrir efficacement en terme sanitaire l'ensemble de la région de Pissila. Ainsi, ces auteurs ont préconisé une attention particulière aux centres traditionnels de santé¹⁶ et l'intégration de la médecine traditionnelle dans notre système médical.

En général, de nombreux chercheurs ont focalisé leurs études sur la valorisation de la médecine traditionnelle et sa prise en compte dans l'élaboration des politiques de santé des Africains. « *C'est l'art le plus ancien de soigner sur le continent et il est intégré à la conception du monde socioculturel et religieux de beaucoup de nos gens* » disait le Dr R. Msiska¹⁷ (2004).

Les paragraphes suivants présentent les travaux de certains auteurs sur les opinions négatives exprimées par les pouvoirs publics et autorités sanitaires de quelques pays africains sur la valorisation de la médecine traditionnelle.

M.E Gruénais et al. (1988), dans leur article intitulé "Comment se débarrasser de l'«efficacité symbolique» de la médecine traditionnelle", mettent en évidence que depuis

¹⁵ B. Guissou, "Médecine traditionnelle et sciences humaines", notes et documents voltaïques, 1983, Vol. 14, N° 3 – 4, p. 34

¹⁶ Ce sont des villages qui ont la réputation d'abriter un ou plusieurs guérisseurs renommés vers lesquels souvent des malades sont dirigés et où ils peuvent même effectuer de longs séjours

¹⁷ Cité par S. Njanji. [http:// www.aeigs.Com](http://www.aeigs.Com)

plusieurs dizaines d'années, l'OMS, certaines structures/ONG et États africains ont établi des directives pour revaloriser la médecine traditionnelle. Cependant, compte tenu du fait que toutes les couches sociales (que ce soit du milieu rural ou urbain) y ont recours, et aussi qu'elle ne soit pas encore une espèce en voie de disparition, « *pourquoi alors vouloir la revaloriser* »¹⁸ ?

En se référant au cas du Congo, les auteurs montrent dans leur article, que dans les années 1974, l'État congolais accordait peu d'intérêt à la médecine traditionnelle et ne s'intéressait qu'à sa dimension phytothérapique, en éludant totalement l'importance de la dimension symbolique. Cette perception de la médecine traditionnelle sera partagée également par certains médecins pour qui seules les vertus thérapeutiques sont à retenir et toutes les pratiques rituelles sont à rejeter. « *Quelle que soit la plus ou moins grande tolérance à l'égard des aspects rituels de la médecine traditionnelle, tous insistent sur la nécessité de « séparer le bon grain de l'ivraie* »¹⁹. Tout ceci ne fera qu'accroître la méfiance des tradipraticiens de santé à l'égard des médecins et en retour le manque de confiance des médecins à l'endroit des tradipraticiens.

J-P. Dozon (1987), également, fait ressortir tout d'abord que sous l'ère coloniale jusqu'aux premières années des indépendances, les autorités politiques et médicales ne prêtaient aucune attention à la médecine traditionnelle pour la résolution des problèmes de santé des populations. Ce n'est que depuis une décennie environ que de nombreux États africains ayant pris conscience, vont recommander dans le cadre d'une redéfinition de leur politique sanitaire, la valorisation de la médecine traditionnelle et sa collaboration avec la médecine conventionnelle. Selon l'auteur, certes il y a une volonté de valorisation de la médecine traditionnelle, mais avec « *un rejet des configurations 'magico-religieuses', des systèmes symboliques auxquels ces savoirs et ces pratiques sont étroitement liés, comme s'il fallait pour les besoins de la cause, séparer le bon grain de l'ivraie, le noyau positif de sa gangue 'irrationnelle'* ». »²⁰

Ne retenir que l'aspect phytothérapique de la médecine traditionnelle au détriment de son aspect symbolique, c'est effectuer une opération de réduction, voire même de dévalorisation « *car il y a une ignorance ou non prise en compte des valeurs, des statuts, et des pouvoirs que*

¹⁸ M.E Gruénais et al. , 1988 :51

¹⁹ Ibid. : 55

²⁰J-P. Dozon, 1987 :14,

revêt ce patrimoine médical traditionnel. (...) Le terme de tradipraticien (...) représente à lui seul une véritable épure qui ne réfère à aucune compétence particulière, mais suggère une figure positive dépouillée de tout élément ‘magico-religieux’»²¹.

Selon J-P Dozon, les médecines traditionnelles dans les pays africains n'ont nullement besoin d'être valorisées, il est plutôt question d'une vitalité de ces médecines. En outre, concernant leur association avec la médecine moderne, « *leur valorisation ne serait-elle pas qu'une reconnaissance de fait, qu'une manière d'entériner leur indubitable nécessité?* »²².

Gruénais et al, ainsi que J-P Dozon, montrent comment la valorisation de la médecine traditionnelle est appréhendée dans certains pays africains. Au regard du rejet ou de la non prise en compte des aspects symboliques ou magico-religieux de la médecine traditionnelle, ces derniers se demandent, s'il est vraiment nécessaire de parler d'une valorisation du savoir médical traditionnel et de son association avec la médecine moderne si certains aspects qui font toute sa complexité sont occultés. Selon eux, cet état de fait dénote de tout le paradoxe qui entoure le terme de valorisation dans ces pays africains qui veulent limiter leur perception de la médecine traditionnelle à son simple aspect phytothérapeutique.

Par ailleurs, dans des travaux antérieurs, l'OMS a démontré que plus de 80% de la population africaine avaient recours à la médecine traditionnelle.

Toutefois, il y a lieu de signaler que la médecine moderne rencontre d'énormes difficultés dans la couverture sanitaire des États africains. Leurs populations vivent dans des conditions socio-économiques précaires et n'arrivent pas à se procurer facilement les médicaments pharmaceutiques mis en place. C'est au vu de cela que la valorisation de la médecine traditionnelle est tant prônée de nos jours. Ainsi, J.P Dozon (1996), pour expliquer ce regain d'intérêt pour la médecine traditionnelle, évoque, entre autres, les raisons de crises économiques auxquelles sont confrontés les États africains à travers la dévaluation du franc CFA et l'impuissance de la médecine moderne dans le traitement de certaines pathologies.

L'analyse des travaux ci-dessus nous a permis de mieux cerner la question de la valorisation de la médecine traditionnelle et de son implication dans la recherche de solutions thérapeutiques contre l'accroissement des pathologies prioritaires (VIH/Sida, paludisme) et

²¹ Dozon, 1987: 15

²² Ibid. :17

l'émergence de pathologies négligées (drépanocytose) qui affectent le continent africain sur tous les pans de la vie sociale.

1.3. A propos de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne

Si les grandes instances plaident pour une valorisation de la médecine traditionnelle et sa participation effective à la lutte contre la pandémie du Sida, le paludisme, etc. à travers une franche collaboration avec la médecine moderne, sur le terrain, la réalité est toute autre.

Da Voumpiné (2007), stipule que la médecine traditionnelle est une médecine qui était pratiquée depuis des siècles et cela bien avant l'ère chrétienne. Toutefois, la mise en place d'une véritable et franche collaboration entre les tradipraticiens de santé et les agents de santé est confrontée à de nombreux obstacles, marqués entre autres par:

- les messages contradictoires entre les différents acteurs (préjugés, dénigrement),
- le refus mutuel, l'intolérance, le manque de confiance réciproque et la non acceptation de l'autre,
- le sentiment de concurrence déloyale d'un système à un autre,
- les fortes dépendances des acteurs aux croyances religieuses et culturelles,
- les fondements idéologiques surtout chez les médecins,
- l'absence de communication bilatérale,
- l'esprit mercantile de certains tradipraticiens de santé.

Selon l'auteur, même si les ennemis de la collaboration sont le refus ou la non acceptation de l'autre, la méfiance, etc., l'établissement d'une parfaite collaboration entre les praticiens des deux médecines n'est pas chose impossible.

Quant à J-P. Dozon (1987), il fait remarquer qu'en dépit de toute l'attention portée sur la médecine traditionnelle, elle ne constitue toujours pas « *un univers médical autonome, formant un corps de règles, de savoirs, de pratiques et de spécialistes* ». En effet, malgré la lointaine période coloniale, elle ne s'est toujours pas affranchie de la suprématie de la médecine moderne. C'est dire que sur le terrain des difficultés de collaboration demeurent.

« La médecine moderne reconnaît difficilement que la médecine traditionnelle pourrait être un partenaire dans une politique sanitaire renommée »²³.

L'auteur présente une expérience menée à l'hôpital central de la province du Borgou au Bénin et aussi dans bien d'autres provinces du pays. Dans ce centre hospitalier, un local avait été réservé aux tradipraticiens qui devaient consulter leurs malades et leur administrer un traitement ; cela devait se dérouler sous le contrôle des médecins. Cette expérience a été très brève, car elle s'est vite soldée par un échec. Selon l'auteur, les raisons d'un tel échec étaient les suivantes :

- il n'existait pas de rapports d'échange réciproque entre les tradipraticiens et les médecins, les tradipraticiens ne pouvaient pas recevoir leurs patients ailleurs si ce n'est à l'hôpital,
- ils n'étaient pas rémunérés et n'avaient aucun statut,
- les médecins devaient superviser et juger l'activité des tradipraticiens.

Pour F. Hagenbucher-Sacripanti (1994), le refus de collaborer avec les tradipraticiens de santé s'explique par l'incompréhension, l'indifférence manifestée par certains médecins à l'égard de leurs savoirs et leurs pratiques jugés parfois mystiques. En effet, la médecine traditionnelle repose sur un postulat différent de celui de la médecine moderne. Elle conçoit l'homme dans sa globalité, c'est-à-dire comme « *un tout physique et métaphysique, matériel et immatériel, corps et âme, matière et pensée etc.* ».²⁴

Dans son analyse sur les entraves à la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, D. Zouré (1996), note que si depuis longtemps l'OMS visait la « santé pour tous d'ici à l'an 2000 » dans les pays africains en prônant la valorisation et l'intégration de la médecine traditionnelle dans leurs systèmes de santé, cela reste de l'utopie en ce sens que ces deux médecines ont des postulats différents, par conséquent, il ne peut y avoir de collaboration entre elles. Les résultats de son étude ont montré que 54%²⁵ des médecins interrogés ne sont pas favorables à cette idée de symbiose entre les deux médecines (moderne et traditionnelle). Pour expliciter cela, l'auteur évoque deux raisons :

²³ Cantrelle. P/ Locoh. T, « facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest", éd. Les dossiers du CEPED, N° 10, Janv. 1990, P.18

²⁴ B. Guissou, op. cit p. 37

²⁵ L'échantillon global était de 211 enquêtés dont 131 à Ouagadougou et Bobo-Dioulasso et 80 enquêtés à Marseille. La démarche de l'auteur visait à rechercher une éventuelle différence d'attitude entre les médecins et pharmaciens de France et du Burkina.

- la première raison est l'acculturation des médecins dont l'école serait le bouc-émissaire. L'enseignement reçu par les médecins au cours de leur formation est essentiellement basé sur la médecine moderne. Cette médecine est qualifiée de rationnelle, objective alors que la médecine traditionnelle est traitée de médecine fondée sur l'empirisme, dépassée ou irrationnelle et, le plus souvent, se réfère au mystique pour diagnostiquer le "mal";
- la deuxième raison évoquée est que la collaboration entre médecins et tradipraticiens de santé reviendrait à sous-estimer l'efficacité de la médecine moderne dans la gestion de la santé des populations. Aussi, cela remettrait-il, d'une certaine manière, en question la suprématie de la médecine moderne sur la médecine traditionnelle.

Seule, l'école ici peut rétablir l'ordre des choses en intégrant dans ses programmes de formations l'étude de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle. En effet, J. Ky Zerbo (cité par O. Nacoulma /Ouédraogo, 1996) depuis le premier symposium de l'O.U.A (actuelle U.A) avait recommandé l'enseignement de la pharmacopée et de la médecine traditionnelle dans les universités et les écoles professionnelles de santé des États africains à l'instar du Viêt-Nam et de la Chine.

De notre analyse, il ressort qu'en dépit des actions menées dans le cadre de la valorisation de ce patrimoine médical traditionnel et sa participation dans la lutte contre les maladies, il reste encore beaucoup à faire au niveau de la collaboration avec la médecine moderne qui jusque-là n'est qu'au stade "embryonnaire".

2. Définition des concepts

Dans cette partie, nous tenterons de définir les termes clés de notre sujet d'étude qui pourraient porter à confusion.

2.1. Médecine moderne

La médecine moderne d'aujourd'hui, a une tout autre approche de l'homme et de la maladie. Pour elle, le corps et l'âme sont deux entités dissociables et à part entière; de plus, elle adopte une démarche rationnelle et cartésienne pour l'explication de la maladie. Alors que, jadis, sa représentation de la maladie ne s'opposait pas à celle de la médecine traditionnelle. Autrement dit, il faut noter que la médecine moderne séculaire embrassait les mêmes

conceptions de la maladie que les dogmes religieux du temps de la Grèce antique²⁶. En effet, à cette époque, les conceptions de la guérison faisaient référence aux pratiques magiques ou religieuses. C'est entre le IV^{ème} et V^{ème} siècle avant J-C que des savants tels que HIPPOCRATE vont, à travers leurs nouvelles théories, révolutionner la médecine²⁷. La théorie hippocratique réfutait toute considération irrationnelle de la maladie. Elle défendait l'idée que la survenue d'une maladie était liée au manque d'hygiène et à la rupture de l'équilibre interne, et non à un châtement de Dieu. La médecine hippocratique était donc fondée, de manière générale, sur l'observation et le raisonnement. Ainsi, à la suite d'HIPPOCRATE, bien d'autres savants vont contribuer à épurer la médecine moderne en la dépouillant de son aspect "symbolique et religieux" pour en faire une "nouvelle" médecine en perpétuelle évolution et basée essentiellement sur la compréhension et l'explication rationnelles des pathologies.

Autrefois, médecine statique à cause du monopole sacerdotal, la médecine moderne est devenue au fil des temps, une médecine qui progresse constamment à travers les recherches scientifiques. De plus, elle est principalement centrée sur l'homme et axe sa thérapie sur le corps uniquement, contrairement à la médecine traditionnelle qui est plurielle.

2.2. Médecine traditionnelle

De nombreuses définitions sur ce concept ont été faites par des chercheurs nationaux et internationaux. Ainsi, pour certains auteurs comme M. Bouda (1990), la définition de la médecine traditionnelle ne doit pas être standardisée car chaque peuple a sa vision du monde, sa propre culture et développe ses propres stratégies thérapeutiques pour contrer les maladies. *«Il y a donc autant de médecines traditionnelles que d'ethnies»*²⁸.

La médecine traditionnelle prend l'homme dans sa globalité. Pour Nacoulma/Ouédraogo O., le corps et l'esprit sont deux entités indissociables. Et l'étroite relation qui les lie pourrait s'assimiler à celle qui lie l'oiseau à l'arbre²⁹. Cette pratique traditionnelle ne se contente pas d'administrer aux malades quelques recettes de plantes médicinales, elle évoque également

²⁶http://fr.wikipedia.org/wiki/M%C3%A9decine_en_Gr%C3%A8ce.site consulté le 31/03/12

²⁷ Ibid.

²⁸ Nacoulma/Ouédraogo O., 1996:41

²⁹ J. Ky Zerbo, 2^e colloque du CAMES 1976

des incantations qui accompagnent la cure du corps. La médecine traditionnelle guérit à la fois le corps et l'âme. C'est cela qui justifie son caractère 'plurielle'. En effet, certaines pratiques «médicales traditionnelles» ne s'intéressent qu'au corps malade et d'autres à l'esprit.

Cette pratique ancestrale basée sur l'empirisme est souvent qualifiée par les praticiens de la bio-médecine de ramassis, de superstitions et de croyances dépassées, alors que la médecine moderne est considérée comme rationnelle et objective³⁰. Ces deux médecines ont certes des approches différentes, mais embrassent le même dessein qui est de sauver des vies humaines. C'est pourquoi, la promotion et la valorisation de la médecine traditionnelle sont tant souhaitées par les États africains, l'OMS, des ONG comme OI.PROMETRA.

Selon J.P Dozon (1987), certains États africains n'adhèrent pas à ce principe de valorisation. En effet, pour les pouvoirs publics, les autorités sanitaires et médicales de ces pays, c'est une médecine qui est peu pertinente, par conséquent, ils n'en voient donc pas la nécessité.

De plus, l'intégration de la médecine traditionnelle dans les systèmes de santé des pays africains ne peut être significative que si la médecine traditionnelle est épurée de son aspect symbolique et magico-religieux. La médecine traditionnelle se voit ainsi dépouillée et restreinte à son seul aspect phytothérapeutique. Pour R. Auguin³¹, cette pratique traditionnelle ne peut se résumer à sa seule dimension phytothérapeutique car la dimension symbolique et magico-religieuse est autant importante. C'est ce qui fait sa spécificité.

Dans le contexte général, l'OMS définit la médecine traditionnelle comme étant un "ensemble de connaissances et de pratiques explicables ou non, utilisées pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer des maladies physiques, mentales ou sociales et qui peuvent se fonder exclusivement sur des expériences et/ou des observations passées transmises de génération en génération oralement ou par écrit"³².

2.3. Tradipraticien de santé

C'est une personne qui joue un rôle important dans les sociétés africaines et intervient dans la résolution des problèmes sanitaires et sociaux. A l'instar de la médecine moderne, on trouve

³⁰ S. Njanji, <http://www.aiags.com>

³¹ 2^e colloque du CAMES, 1976

³² Cité par O. Nacoulma, 1996

des généralistes et des spécialistes au niveau de la médecine traditionnelle. Les tradipraticiens de santé jouissent d'une très grande notoriété et sont garants des valeurs culturelles. Selon F. S. Sié et al.³³, les tradithérapeutes sont également « *porteurs de masques* ». Pour ces auteurs, cela représente non seulement le symbole d'un certain pouvoir magico-religieux, mais aussi le fait que les tradipraticiens veillent sur la santé de la communauté. Le rôle de ces tradipraticiens de santé présente toute la spécificité et la complexité de la médecine traditionnelle dont l'aspect magico-religieux et symbolique ne saurait être ignoré en tant que valeur socioculturelle de chaque communauté.

Pour E. Gbodossou (2004), les tradipraticiens de santé n'ont « *ni diplômes, ni argent, ni situation sociale importante. Ils ont le génie, l'espoir des hommes, et surtout le savoir suprême qui ne s'apprend pas à l'école, qui ne s'achète pas, qui ne s'échange pas* »³⁴.

Pour l'OMS, c'est une personne reconnue par la collectivité dans laquelle elle vit, comme compétente pour diagnostiquer des maladies et des invalidités y prévalant, et dispenser des soins de santé grâce à des traitements spirituels, des techniques manuelles et exercices et/ou l'emploi de substances d'origine végétale, animale et/ou minérale.

Le Burkina Faso distingue six catégories de tradipraticiens de santé que sont:

- le naturothérapeute, personne qui, sur la base des connaissances, n'utilise que des substances naturelles comme moyen thérapeutique,
- l'accoucheuse traditionnelle, personne reconnue comme compétente pour prodiguer à une femme et à son nouveau-né, avant, pendant et après l'accouchement, des soins de santé basés sur les concepts prévalant dans la société où elle vit,
- le ritualiste, personne qui fait appel principalement aux rites (religieux ou non) pour soigner,
- le chirkinésithérapeute, personne qui pratique principalement avec la main nue ou armée d'instruments, des massages ou des modifications sur le corps afin de donner ou rendre aux parties malades ou blessées leurs fonctions,
- l'herboriste, personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières végétales à des fins thérapeutiques,

³³ 2^e colloque du CAMES, 1976

³⁴ E. Gbodossou, 2004 : 64

- le médico-droguiste, personne qui, sur la base des connaissances acquises en médecine et en pharmacopée traditionnelles, conditionne et vend des matières premières animales et/ou minérales à des fins thérapeutiques.

Par ailleurs, certains tradipraticiens sont souvent taxés de charlatan³⁵. On leur reproche très souvent d'abuser de la crédulité de leurs clients. Si pour certains praticiens de la médecine conventionnelle, le charlatanisme semble indissociable de la pratique médicale traditionnelle, pour E. Gbodossou (1996), par contre, le charlatanisme est le produit de la colonisation, c'est-à-dire « *le goût de l'argent et d'exploitation de la crédulité de l'autre différent de soi* ». Selon lui, il n'existait pas de charlatans dans la société traditionnelle africaine.

Cependant, l'impact de la modernité sur la société traditionnelle va conduire à une mutation du mode de pensée préexistant. De ce fait, que se soit au niveau de la médecine moderne ou de la médecine traditionnelle, le charlatanisme s'y trouve. Il faut noter qu'il existe effectivement des médecins-charlatans. En effet, celui-ci peut se donner des compétences qu'il n'a pas dans le traitement d'une maladie, ou prétendre qu'une maladie est grave pour feindre d'avoir réalisé un miracle, se présenter comme l'inventeur d'une nouvelle méthode ou se servir d'un remède dont on ignore la composition³⁶.

Il ya lieu de savoir que ce terme «charlatan» ne renvoie à aucune profession ou compétence spécifique, mais plutôt à un état d'esprit malintentionné. Il n'existe aucun cadre de formation ou d'initiation pour être «charlatan». En revanche, au niveau des deux médecines, les praticiens sont formés ou initiés pour être soit des agents de santé ou des tradipraticiens de santé.

En réalité, il convient de comprendre qu'en chaque praticien moderne ou traditionnel, sommeille un charlatan. Que se soit au niveau de la médecine moderne ou celle traditionnelle, des règles de déontologie régissent leurs pratiques et interdisent de se livrer à la tromperie. Par ailleurs, contrairement à la médecine traditionnelle, les praticiens de la médecine moderne sont soumis à une instance disciplinaire, appelée "ordre". Il assure la représentation de la profession devant les pouvoirs publiques et contrôle surtout l'accès à la profession et en régleme l'exercice. Ce qui n'est pas le cas de la médecine traditionnelle qui ne dispose pas

³⁵ Un charlatan est une personne qui a un penchant à vouloir gruger ses clients.

³⁶ Karaoui, 'L'exercice illégale de la médecine', octobre 2010, <http://medecinelegale.wordpress.com/2010/10/17/1%E2%80%99exercice-illegal-de-la-medecine/>

encore de cette instance ‘‘ordre’’, mais seulement de textes réglementaires³⁷ pour mieux la structurer.

Les textes qui réglementent la médecine traditionnelle au Burkina Faso, stipulent que tout tradipraticien, dans le cadre de l'exercice de sa profession doit signer un engagement de respect de l'éthique médicale³⁸. Le concept d'‘‘éthique’’ constitue donc un point focal dans l'exercice de la médecine (traditionnelle et moderne). Selon Dominique Lecourt, cité par F. Ouattara (2003) *«l'éthique reste un esprit, une culture, une formation à la vigilance, une alerte plutôt qu'une doctrine à appliquer. Il n'y a pas de valeurs absolues à appliquer mais plutôt une disposition à se poser des questions»*³⁹. En effet, si l'éthique médicale/professionnelle est un élément déterminant dans le métier et que chaque praticien (moderne et traditionnel) devrait intérioriser, cultiver en soi, elle apparaît aussi comme *« une passerelle indispensable pour engager une implication et une réflexion des soignants (des deux médecines) dans le cadre d'une amélioration de leurs services »*⁴⁰. Ainsi, comme le souligne F. Ouattara (2003) la "bonne gouvernance" passerait nécessairement par une analyse critique de la "gouvernance" en œuvre chez les professionnels de santé⁴¹ et de même chez les tradipraticiens de santé.

2.4. Représentations sociales de la maladie

Elles correspondent à l'ensemble des images, interprétations, opinions ou perceptions que l'on se fait de la maladie. Selon D. Fassin (1992), chaque communauté a sa propre représentation, sa propre interprétation de la maladie et développe des moyens ou stratégies de défense qui lui sont spécifiques.

L'étude de A. Kauffmann (1985), portant sur les représentations de la lèpre chez les Wolof, Sérér, et Haalpaulaen du Sénégal, montre que les représentations diffèrent d'un peuple à l'autre. Dans les sociétés traditionnelles africaines, en dépit de l'avènement de la religion (christianisme et islam), de la modernité, la croyance à la sorcellerie demeure. L'étiologie de certaines maladies est le plus souvent attribuée à un génie ou aux sorciers.

³⁷ Les textes réglementaires de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso ont été élaborés en 2006 par la direction en charge de sa promotion.

³⁸ DMPT, ‘‘Textes réglementaires de la médecine et pharmacopée traditionnelles au Burkina Faso, 2007.

³⁹ Cité par Fatoumata Ouattara, 2003: 04

⁴⁰ Fatoumata Ouattara, 2002 :16

⁴¹ Fatoumata Ouattara, 2002, op. cit.

Pour H. Mémel-Fôte (1998) et D. Fassin (1992), la maladie n'est pas un fait isolé ou individuel; certes, elle est un phénomène biologique, mais s'appréhende aussi comme un 'fait social total'.

Dans le cadre de cette étude, nous retiendrons que les représentations sociales correspondent à l'ensemble des systèmes de représentations que les praticiens de la médecine traditionnelle et de la médecine moderne ont de chacune des médecines; par ailleurs, ces différentes perceptions ont une grande influence sur la collaboration entre les praticiens des deux médecines.

2.5. Collaboration

C'est le fait que les agents de santé et les tradipraticiens nourrissant le même dessein qui est la 'santé des populations', travaillent ensemble, tout en coopérant en toute franchise. Une telle perception de la collaboration sous-entend une sorte de 'contrat' ou 'lien organique'⁴² qui unit des acteurs différents de par leurs systèmes de représentation. Cette «*dissemblance, en effet, impose à chacune de ces deux parties une certaine soumission aux règles explicites ou virtuelles que 'le contrat' traduit. On est alors en présence d'un droit de type coopératif*»⁴³

En dépit de leurs différentes approches, la coopération entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne est plus qu'indispensable pour des raisons à la fois culturelles et économiques compte tenu du contexte de pauvreté dans lequel vivent de nombreux Africains. La médecine traditionnelle et la médecine moderne sont deux systèmes de soins interdépendants. De plus, aucune ne peut prétendre satisfaire à elle seule tous les besoins sanitaires humains.

Il faut noter que la majorité des médicaments pharmaceutiques dans le monde sont des dérivés des plantes médicinales, en exemple: l'Artémisinine⁴⁴. Au Burkina Faso particulièrement, J-B Nikièma (2010), souligne que le Faca⁴⁵ est un exemple réussi de médicaments issus du savoir médical traditionnel. Il intervient dans le traitement de la drépanocytose en réduisant de manière significative la fréquence des crises. En outre, il renchérit que certaines substances

⁴² E. Durkheim, 1967, de la division du travail social, PUF

⁴³ Ibid., 1967.

⁴⁴ Elle est extraite de la plante *Artémisia annua*, et est utilisée efficacement dans le traitement du paludisme.

⁴⁵ Le Faca fait aujourd'hui, l'objet de production industrielle au Burkina après l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

naturelles⁴⁶ sont utilisées par les PvVIH pour les cas de mycoses rebelles, du zona, des poussées herpétiques, et les affections diarrhéiques.

Cependant, malgré les succès enregistrés par la médecine traditionnelle, certaines catégories d'agents de santé, notamment ceux intervenant dans les services de maternité ne perçoivent pas encore l'intérêt de l'intervention des tradipraticiens dans ce domaine, comparé aux accoucheuses traditionnelles qui sont pourtant un recours pour les populations des zones rurales reculées⁴⁷. Par conséquent, l'aboutissement d'une franche collaboration entre les deux médecines serait conditionné par un certain nombre de préalables, à savoir entre autre, la sensibilisation des praticiens de la médecine conventionnelle⁴⁸.

Aussi, dans le cadre d'une synergie entre ces deux médecines, les praticiens pourraient-ils chacun de son côté exercer son métier et collaborer dans certains domaines bien spécifiés comme l'offre de soins, la recherche et la formation.

- Au niveau de l'offre de soins, les agents de santé et les tradipraticiens peuvent se référer mutuellement les malades en fonction des limites et compétences de chacun.⁴⁹

- Au niveau de la recherche, l'exemple de l'IRSS à travers sa section médecine et pharmacopée traditionnelles serait un cadre propice, en amont pour favoriser le dialogue entre les deux médecines et en aval, pour élaborer de nouveaux médicaments issus des plantes médicinales.

- Au niveau de la formation, dans les universités et les écoles de formation en santé, on pourrait transmettre des notions de médecine et pharmacopée traditionnelles aux étudiants pour les préparer à la collaboration avec les tradipraticiens de santé. De même, des sessions de

⁴⁶ Les sucs issus des feuilles fraîches de *Myracarpus scaber* et de *Cassia alata* sont des antimycosiques. Les feuilles fraîches de *Phyllanthus amarus*, la sève de *Mangifera indica*, le gel de *Aloe buettneri* et la galle de *Guiera senegalensis* pour le zona. Enfin, la propolis, les parties aériennes de *Euphorbia hirta* et la pulpe du fruit de *Adansonia digitata* pour les affections diarrhéiques.

⁴⁷ Somé E. et Yaméogo A, 2008

⁴⁸ Ibid., 2008

⁴⁹ Par exemple à Dakar, il existe déjà quelques exemples de ce type de coopération entre la médecine traditionnelle et moderne. Ce sont la clinique neuropsychiatrique et le Centre de Malango à Fatick. Le Centre de Malango est un centre expérimental de la médecine traditionnelle et est placé sous la supervision de l'organisation non-gouvernementale dénommée PROMETRA (Promotion de la Médecine Traditionnelle).

formation sur des thèmes bien définis pourraient être organisés à l'endroit des tradipraticiens de santé⁵⁰.

2.6. Attitude

En référence au dictionnaire de sociologie⁵¹, l'attitude sert à 'expliquer le comportement d'un sujet en tenant compte de ses dispositions mentales. Elle désigne également 'une disposition individuelle (mais partagée), interne (donc non observable directement), acquise, relativement stable, orientée vers un objet du monde social''.

Nous retiendrons, que l'attitude désigne dans le cadre de cette étude, la conduite, le comportement ou le jugement des agents de santé et des tradipraticiens vis-à-vis de l'une et l'autre médecine (traditionnelle et moderne).

2.7. Itinéraire thérapeutique

De nombreux anthropologues et ethnologues se sont intéressés à l'étude du pluralisme thérapeutique. Ils ont tenté de définir les motifs qui sous-tendent le choix d'une thérapie par les acteurs sociaux.

D. Fassin (1992) fait remarquer que la quête de guérison par certains malades, les conduit à recourir à plusieurs thérapies. Il précise que, sauf pour certaines affections banales, il est rare qu'un seul thérapeute vienne à bout de la totalité des troubles. En introduisant la notion d'«itinéraire thérapeutique», on restitue à la maladie sa dimension temporelle et complexe (recours successifs à des systèmes médicaux différents) et on lui donne sa situation de quête (étapes successives permettant d'accéder à la guérison).⁵²

⁵⁰ Cela se fait déjà au niveau de la DMPT qui assure chaque année des sessions de formation à l'endroit des TPS sur des thèmes tels que les bonnes pratiques de fabrication des médicaments traditionnelles, la nosologie et nosographie traditionnelles de certaines maladies (paludisme, VIH/Sida, malnutrition, drépanocytose et fibromes). Au niveau des centres de santé aussi, des agents de santé initient des formations sur les IST/VIH-sida, la tuberculose, la méningite, etc. Par ailleurs, au niveau du Sénégal, l'ONG-PROMETRA, à travers l'enseignement de la méthode FAPEG (Formation d'Auto-Perfectionnement des Guérisseurs traditionnels), permet d'impliquer fortement les guérisseurs traditionnels dans la lutte contre les IST, le VIH/SIDA et pour la protection de la santé maternelle et infantile.

⁵¹ G. Ferréol et al. 1996 :11

⁵² Didier Fassin, Pouvoir et maladie en Afrique, PUF, Paris, 1992, p. 114.

Selon l'auteur, plusieurs raisons peuvent dicter le choix d'une thérapie : par exemple, la représentation sociale de la maladie, l'accessibilité géographique des thérapeutes, l'accès financier et la renommée du thérapeute.

H. Ngubané (1981) identifie aussi quatre facteurs qui peuvent influencer le choix d'un itinéraire thérapeutique d'un malade. Il énumère, entre autres, la facilité de dialogue entre soignant et patient, l'échange d'informations sur l'histoire de la maladie, la communication du diagnostic au patient et la volonté du soignant à recourir à d'autres thérapeutes. Selon l'auteur, les tradipraticiens de santé sont les mieux disposés à instaurer une relation cordiale avec le patient. Par ailleurs, l'usage de langues différentes entre patient et soignant constitue un véritable handicap pour l'instauration d'un véritable dialogue.

S. Syranyan définit l'itinéraire thérapeutique comme l'ensemble des «représentations culturelles qui permettent de penser la maladie, il existe autour de celle-ci un véritable 'usage social' de la maladie qui mobilise les acteurs sociaux du groupe familial et extra-familial selon des règles et des principes qui constituent une véritable pratique sociale. Cette pratique organise, dans le temps et l'espace social, l'articulation des demandes et des offres de soins disponibles»⁵³.

Ainsi pour nous, l'itinéraire thérapeutique n'est pas qu'un simple passage d'un recours thérapeutique à un autre survenu dans la quête de guérison d'un malade. Il prend en compte aussi bien les représentations de la maladie par le malade et de son entourage, que les raisons ou motifs du choix thérapeutique.

3. Objectifs

3.1. Objectif général

Cette étude vise à analyser l'état de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans la prise en charge des problèmes de santé des populations en milieu urbain burkinabè.

3.2. Objectifs spécifiques

Il s'agit pour nous :

⁵³ S. Syranyan, 1988: 2

- d'appréhender les représentations sociales de la médecine traditionnelle par les agents de santé,
- d'appréhender les représentations sociales de la médecine moderne par les tradipraticiens de santé,
- de saisir les discours et les pratiques des praticiens des deux types de médecine autour de la collaboration.

4. Hypothèses

4.1. Hypothèse principale

Le stade "embryonnaire" de la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne au Burkina Faso est dû à des problèmes d'ordre structurel (institutionnel) qui se conjuguent avec un état d'esprit encore peu réceptif des acteurs des deux médecines.

4.2. Hypothèses secondaires

- La manière dont les agents de santé perçoivent la médecine traditionnelle influence leurs attitudes face aux tradipraticiens de santé.
- Les représentations de la médecine moderne par les tradipraticiens influencent leurs attitudes envers les agents de santé.
- L'insuffisance de sensibilisation des praticiens de la médecine conventionnelle entrave l'appréhension de la nécessité de collaborer avec les tradipraticiens.
- L'absence d'une formalisation du système de référence et de contre-référence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne entrave la collaboration entre les praticiens des deux médecines.

5. Présentation de la ville de Ouagadougou

5.1. Données historiques et géographiques

La ville de Ouagadougou a été fondée au XI^{ème} siècle par les Nyonyonsé⁵⁴. L'appellation actuelle de la ville est la version occidentalisée, car à l'origine, elle portait les dénominations « Woogrtenga » et « Wogodogo » qui signifie « là où on reçoit des honneurs, du respect »⁵⁵. Ouagadougou, ville située au centre du Burkina Faso, est la capitale politique. Avec une

⁵⁴ Les Nyonyonsé et les gourounsi sont les premiers habitants du Burkina Faso

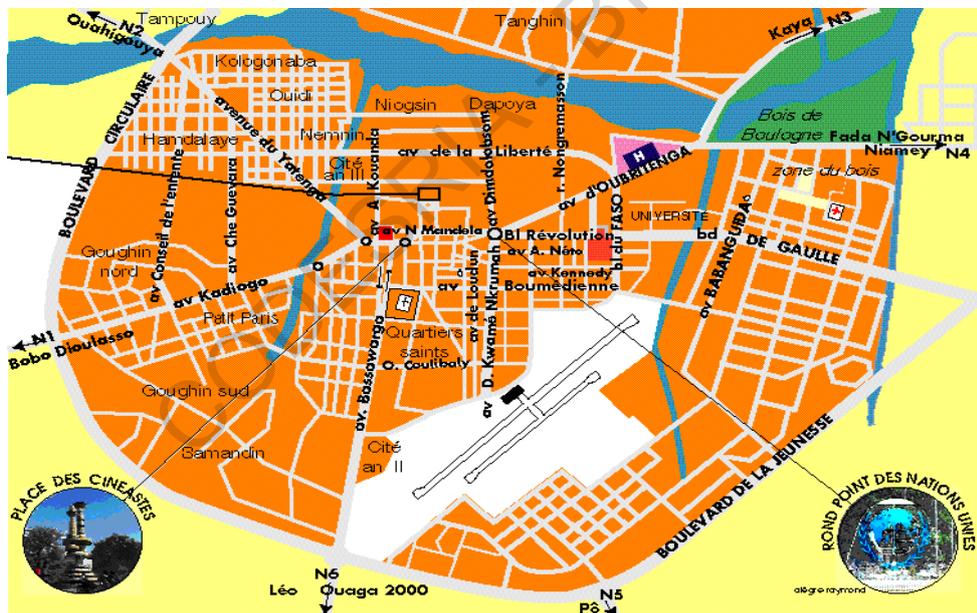
⁵⁵ <http://fr.wikipedia.org/wiki/Ouagadougou>

superficie de 2857km², sa population est estimée à 1.200.000 habitants⁵⁶. Le climat de la ville est tropical; le mois le plus chaud est celui d'avril pendant lequel les températures peuvent atteindre facilement 42°C.

5.2. Données administratives et socioculturelles

La ville compte 30 secteurs et 17 villages pour 5 arrondissements: Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongr-Massom et Sig-Noghin. Ouagadougou est également un centre commercial et administratif très actif. Les langues couramment parlées sont le Français et le Mooré. C'est une ville cosmopolite ; on y retrouve en effet, toutes les ethnies du Burkina ainsi que de nombreux étrangers. Toutes les croyances, les pratiques sociales et les religions se côtoient allègrement et sans heurt. Les principales religions sont le christianisme, l'islam et l'animisme. La ville abrite aussi de nombreuses manifestations socioculturelles dont les plus importantes sont le "faux départ du Mogho Naaba"⁵⁷, le Festival Panafricain du Cinéma de Ouagadougou (FESPACO), le Salon International de l'Artisanat de Ouagadougou (SIAO) et le Salon International du Tourisme et de l'Hôtellerie de Ouagadougou (SITHO).

Figure 1: Carte de la commune de Ouagadougou



⁵⁶ <http://www.mairie-ouaga.bf/VieMunicipale/geographie.html>.

⁵⁷ L'histoire raconte que le Naaba Waga, chef des mossi du XVIIe siècle, apparu sur son cheval prêt à aller en guerre, changea brusquement d'avis et retourna dans son palais. Depuis, pour commémorer la tradition et pérenniser l'histoire dans les mémoires, tous les vendredis matins entre 6h30 et 7h00, le Mogho Naaba, accompagné de toute la cour se livre à la traditionnelle cérémonie du "Nabayius Gou" (en mooré) ou "faux départ du Mogho Naaba".

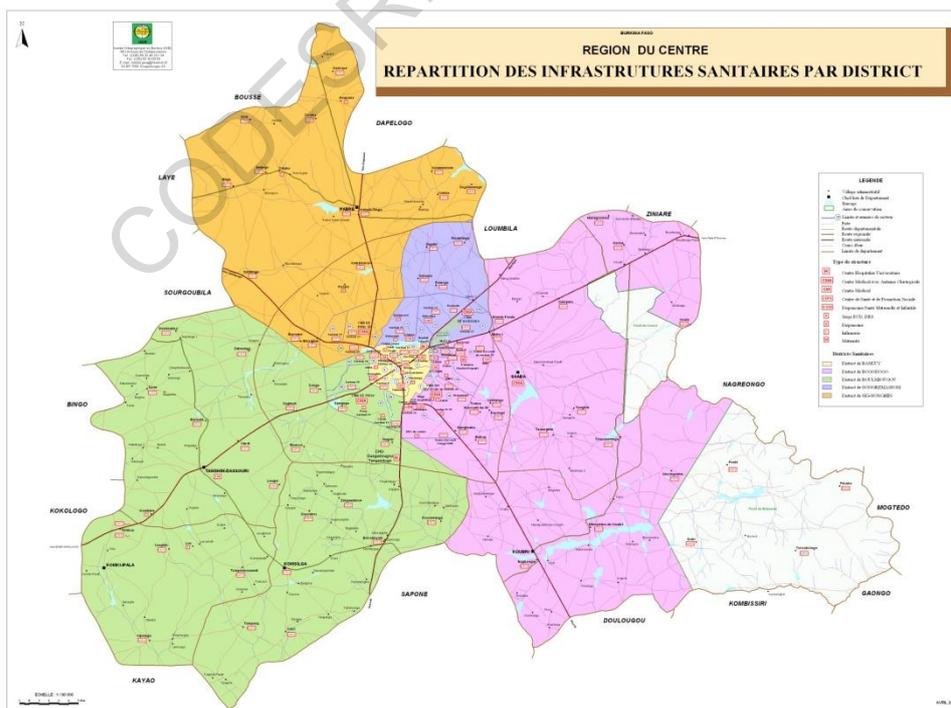
Source: http://www.populationdata.net/images/cartes/afrique/afrique-sud-saharienne/burkina-faso/burkina_faso

5.3. Données sanitaires

Sur le plan sanitaire, Ouagadougou est le chef lieu de la direction régionale du centre. Cette région sanitaire couvre 05 districts sanitaires et correspond aux limites territoriales de la province du Kadiogo. C'est la seule région province du pays. Les cinq districts sanitaires (Baskuy, Bogodogo, Boulmiougou, Nongremassom, Signoghin), sont en fait urbano – ruraux car ils s'étendent sur les six (6) départements de la province. Chaque district dispose d'un Centre Médical avec Antenne chirurgicale (CMA) et d'au moins un Centre de Santé et Promotion Sociale (CSPS). Les centres hospitaliers de référence sont passés au nombre de trois (03) depuis octobre 2010. Ce sont: le CHU Yalgado Ouédraogo, le CHU Pédiatrique Charles de Gaulle et le plus récent, le CHU Hôpital national Blaise Compaoré.

La médecine traditionnelle qui cohabite avec la médecine moderne est exercée par les tradipraticiens de santé (TPS). Au niveau de la région sanitaire du centre, ils sont regroupés au sein d'une association mère dénommée "Association des Tradipraticiens et Herboristes du Kadiogo". A l'heure actuelle, on compte près d'une quinzaine d'associations de tradipraticiens dans la ville de Ouagadougou.

Figure 2: Carte sanitaire de la commune de Ouagadougou



6. Méthodologie de la recherche

6.1. Le modèle théorique de la recherche

Le terme interactionnisme symbolique est d'Herbert Blumer de l'école de Chicago et s'oppose au fonctionnalisme et au culturalisme. Le postulat de l'interactionnisme stipule que les individus interagissent en fonction du sens interprétatif qu'ils font du social. L'approche interactionniste qui a pour domaine de recherche les conflits culturels, la déviance, etc., sera d'un apport fondamental pour appréhender de manières significatives l'interaction entre les principaux acteurs des deux médecines (traditionnelle et conventionnelle).

6.2. La recherche documentaire

L'analyse s'est principalement faite sur la base des informations recueillies dans les différentes publications en vue de l'élaboration de la revue de littérature. En effet, nous avons visité certains sites de documentations tels que le CIRD, le CCF, la bibliothèque départementale de sociologie et effectué des recherches sur internet au moyens de serveurs tels que: CAIRN, GOOGLE SCHOLAR, CAHIER DE RECHERCHE ! Ces serveurs qui ont été d'une grande importance ont permis d'accéder gratuitement à des documents scientifiques (thèses, mémoires, ouvrages, revues, articles, résumés, citations) de toutes les disciplines sur l'Afrique et les autres continents.

6.2. Les méthodes de collecte et d'analyse des données.

Cette étude se veut qualitative. Elle sera une analyse de discours et de pratiques. Ceci, nous permettra de cerner les représentations de nos informateurs ainsi que l'état actuel de la collaboration entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle à travers les propos et pratiques des praticiens. Pour ce faire, l'entretien et l'observation directe seront les techniques par lesquels nous allons recueillir nos données. La population d'étude sera composée d'agents de santé, de tradipraticiens de santé, de personnes ressources (autorités coutumières, administratives, politiques, religieuses), d'usagers des services de soins modernes et des services de soins traditionnels. Pour le besoin de ce mémoire de Master et dans la perspective d'une thèse, nous avons réalisé d'avril à mai 2010, une pré enquête auprès de notre population cible. Cette pré enquête s'est inscrite dans une démarche de nouer un premier contact avec les acteurs concernés par cette étude. Le choix de notre échantillon n'est ni raisonné, ni établi au

préalable, mais se fera surtout en fonction de la diversité des profils et de la saturation maximale atteinte.

II. Aperçu sur le système sanitaire du Burkina Faso

Le Burkina Faso, comme bien d'autres pays colonisés a eu comme héritage laissé par le colon, la médecine moderne. En effet, selon Gnessien «*le système sanitaire burkinabè est un prolongement de celui mis en place par les autorités coloniales françaises. Mais, à l'instar des autres pays du Tiers Monde, le Burkina Faso ne dispose pas de ressources suffisantes lui permettant d'assurer un fonctionnement adéquat d'un tel système hérité de la colonisation* »⁵⁸.

Aujourd'hui, le pays reconnaît officiellement deux systèmes de soins : la médecine moderne et la médecine traditionnelle. La médecine moderne encore appelée médecine conventionnelle a une conception de la maladie et de la santé autre que celle de la médecine traditionnelle. En effet, il y a un décalage entre la conception biomédicale de la maladie et les conceptions traditionnelles de la maladie⁵⁹.

Par ailleurs, pour la gestion des problèmes de santé, la médecine moderne s'appuie sur son arsenal que sont les hôpitaux, cliniques, écoles de santé, dispensaires, médecins, infirmiers, etc., faisant ainsi désormais partie du quotidien des populations.

Cependant, les difficultés économiques auxquelles est confronté l'État, ne lui permettent donc pas de mobiliser les moyens nécessaires pour une prise en charge sanitaire adéquate des populations. Alors que, ce sont «*les pays les plus performants sur le plan économique (qui) sont aussi les plus performants sur le plan sanitaire* »⁶⁰. Avec un PNB évalué à 655FCFA, soit 1euro par jour/hab en 2010, le Burkina Faso est classé 177^{ème} sur 182, il reste parmi les pays les plus pauvres au monde.⁶¹ Le Burkina Faso, ne s'inscrivant donc pas dans cette logique de pays développés, a une politique sanitaire «encore largement embryonnaire»⁶².

⁵⁸ Cité par Bonnet Doris, 1987: 10

⁵⁹ Magali Bouchon, 2008: 2, 'comment les éléments socioculturels déterminent-ils l'accès aux soins ? www.medecinsdumonde.org

⁶⁰ Jean-Paul Hesnais, 1987: 44

⁶¹ Le classement a été fait par l'Indice de Développement Humain. Il évalue le niveau de développement humain sur la base de l'espérance de vie, du taux d'alphabétisme des adultes et du taux de scolarisation à l'école au primaire, au secondaire et au troisième cycle, ainsi qu'en fonction du revenu réel corrigé. <http://www.diplomatie.gouv.fr/fr/pays-zones-geo>

⁶² Gnessien, cité par Bonnet Doris, 1996 : 27

Dans la tentative d'améliorer leur couverture sanitaire, les pays du tiers monde comme le Burkina Faso et les pays développés vont adopter les objectifs fixés par la Déclaration de l'OMS qui stipule d'œuvrer à l'atteinte d'une « santé pour tous en l'an 2000 » à travers l'adaptation du système sanitaire aux réalités socioculturelles, économiques et politiques de chaque pays. *«L'un des principaux objectifs sociaux des gouvernements [...] doit être de donner à tous les peuples du monde, d'ici l'an 2000, un niveau de santé qui leur permette de mener une vie socialement et économiquement productive.»*⁶³

Mais, le Burkina Faso à l'instar des autres pays africains n'atteindra pas les objectifs fixés, car il sera confronté à une dégradation du système de santé et à un accès limité de la population aux services de santé primaires. Ainsi, ils vont se réunir en 1987 à Bamako sous l'égide de l'OMS et de l'UNICEF, pour une revitalisation du système de soins de santé primaire. En effet, l'initiative de Bamako recommandait la participation communautaire par le recouvrement des coûts des soins de santé primaires⁶⁴.

Cependant, le gouvernement burkinabé, malgré les nombreuses réformes adoptées⁶⁵ et ses multiples efforts à travers sa politique sanitaire, montre sur le terrain des réalités contradictoires. En effet, le constat présente une faible performance des systèmes de santé dans les pays en voie de développement en général, et le Burkina Faso en particulier⁶⁶.

⁶³Jean-Jacques Gaye, 'd'Alma ata à Bamako' <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>

⁶⁴Plus spécifiquement l'Initiative de Bamako entendait œuvrer à une extension des soins de santé primaire, le développement des médicaments essentiels génériques (MEG), la mise en place d'un financement communautaire et du contrôle de la gestion par la communauté.

⁶⁵Le Burkina Faso a en effet adopté de nombreuses réformes pour son système sanitaire, à savoir: le financement à travers l'adoption de l'Initiative de Bamako, la participation communautaire avec la mise en œuvre du comité de gestion (COGES), la décentralisation du système de santé avec la mise en place des districts sanitaires, la promotion des MEG avec la création de la CAMEG et les dépôts de vente dans les formations sanitaires. <http://www.ariva.bf/pdf/proreparbf.pdf>

⁶⁶Dans le rapport de l'OMS sur la santé dans le monde (2000), il ressort que le Burkina Faso a un niveau de santé bas. Il est classé 159/191. L'évaluation s'est faite sur la base de 03 indicateurs: l'état général de la santé des populations (mesuré par l'espérance de vie et ajusté avec le taux d'incapacité de la population), la réactivité du système aux malades (qualité de l'accueil et de l'écoute), et l'équité dans le financement des soins.

1. Organisation du système de santé au Burkina

Le système de santé burkinabé comprend le système public et privé. Cette étude s'intéressera particulièrement au système sanitaire public. Concernant sa configuration, elle se présente en deux grandes parties: l'organisation administrative et l'organisation de l'offre de soins.

1.1. L'organisation administrative

La structuration administrative du ministère de la santé comprend trois niveaux :

- Le niveau central est régi par le cabinet du ministre et le secrétariat général autour duquel gravitent les directions et services centraux. Il est chargé de l'élaboration des politiques, de la mobilisation des ressources, du contrôle de gestion et de l'évaluation des performances.
- Le niveau intermédiaire comprend 13 directions régionales de la santé chargées de la coordination et de l'appui aux districts⁶⁷.
- Le niveau périphérique est constitué par les districts sanitaires. En 2009, on dénombrait 63 districts sanitaires sur le territoire national. Administrés par des équipes cadres de districts (ECD), ils sont les entités opérationnelles et décentralisées du système national de santé.

1.2. L'organisation de l'offre de soin

Le système de soins se présente sous la forme pyramidale et est marqué à 3 niveaux assurant les soins primaires, secondaires et tertiaires. Le premier niveau est constitué du district sanitaire et est composé de 2 échelons :

- Le CSPS (83 en 2010 dans l'aire sanitaire du Centre) est la structure sanitaire de base du système ou le premier contact avec la population. D'une manière théorique, il comprend un dispensaire, une unité de santé maternelle et infantile, une maternité et un dépôt pharmaceutique. Par ailleurs, lorsque le personnel constate ses limites dans la

⁶⁷Le Burkina Faso est organisé en 13 régions sanitaires. Le découpage sanitaire a été réalisé en copiant le découpage administratif préexistant. Dans chaque région est nommé un Directeur régional de la santé qui est le premier responsable sanitaire de la région et a pour principale mission de mettre en œuvre la politique du Gouvernement dans son aire sanitaire.

prise en charge d'un patient, celui-ci est alors dirigé vers une structure qui répond aux critères de premier niveau de référence : le CMA.

- Le CMA (05 en 2010 dans l'aire sanitaire du Centre) quant à lui sert de référence pour les CSPS auxquels ils sont rattachés. On dénote encore l'existence des Centres médicaux (CM, 09 en 2010 dans l'aire sanitaire du Centre)⁶⁸ qui peuvent être transformés à la longue en CMA.
- Le deuxième niveau se compose des CHR⁶⁹. Ils sont le lieu de référence par excellence des CMA.
- Le troisième niveau est représenté par le CHU (03 en 2010) qui est le niveau de référence et de recours le plus élevé pour les soins spécialisés.

Par ailleurs, en dehors du ministère de la santé, il existe des structures publiques relevant d'autres ministères tels que le ministère de la défense (SSA) et le ministère du travail et de la sécurité sociale (CNSS). Des structures privées au nombre de 320 en 2009 sont surtout concentrées dans la capitale politique qu'est Ouagadougou et la capitale économique, Bobo-Dioulasso. Dans le cadre d'une amélioration du système de soins, il a été mis en place le Plan national pour le développement sanitaire (PNDS).

2. Une médecine moderne en difficulté

2.1. La situation des infrastructures sanitaires

Le système de santé moderne du Burkina Faso est confronté au manque d'infrastructures sanitaires⁷⁰ et du personnel de santé en quantité et en qualité, disparité au niveau de leur répartition⁷¹. En outre, ce sont dans les hôpitaux des principales grandes villes du pays

⁶⁸On donne le nom CM aux structures qui ne disposent pas encore de services chirurgicaux.

⁶⁹Au niveau du district sanitaire de Ouagadougou, ce niveau de référence n'existe pas. Les patients sont référés directement au niveau supérieur qui est le CHU.

⁷⁰Les infrastructures sanitaires comprennent entre autres tous les moyens techniques et matériels qu'on peut trouver dans une localité afin d'exercer dans de bonnes conditions et partant, obtenir un bon rendement dans le domaine de la santé. Ce sont les nombres d'hôpitaux, des centres de santé, des postes de santé, des maternités, et les matériaux de soins utilisés par le personnel soignant.

⁷¹La région du Centre concentre la part la plus importante des effectifs. En effet, 44% des chirurgiens dentistes, 41% des médecins et 31,7% des sages-femmes sont dans cette région qui fait seulement 12,3% de la population totale du Burkina Faso (RGPH, 2006).

(Ouagadougou et Bobo-Dioulasso) et certaines villes secondaires qu'est concentré le faible équipement sanitaire dont il dispose.

Dans de nombreuses structures sanitaires, les normes recommandées par l'OMS ne sont pas respectées aussi bien en milieu urbain que rural. La norme minimale préconisée par l'OMS est de 10 000 hab/CSPPS, alors qu'on constate une forte disparité régionale de ce ratio. En effet, il varie de 26 135 habitants dans le district sanitaire d'Orodara dans la région sanitaire des Hauts-Bassins à 4 978 habitants dans la région des Cascades. Aussi, de 2005 à 2008, note-t-on une baisse régulière de ce ratio. Par ailleurs, on observe une détérioration de cet indicateur entre 2008 et 2009, du fait de la progression de la taille de la population plus rapide que celle des formations sanitaires⁷².

La situation de pauvreté que connaît le Burkina Faso limite ses moyens en équipement sanitaire pour un développement harmonieux de son système de santé et par ricochet, dans son combat pour une baisse considérable de la mortalité. Alors que, « *les infrastructures sanitaires, qu'elles soient publiques ou privées, constituent l'épine dorsale du processus de développement de la santé. C'est en leur sein que les populations sont prises en charge pour des soins* »⁷³. En effet, « *l'état sanitaire pourrait être, en partie, le reflet du développement et le développement pourrait lui-même être lié à la baisse de la mortalité* ».⁷⁴

2.2. Les ressources humaines

Le capital humain constitue un point focal dans le processus de développement sanitaire de tout pays. « *On considère très souvent les ressources humaines comme étant l'élément moteur dans le système de santé d'un pays* »⁷⁵. Un personnel soignant bien formé et en quantité suffisante rend un pays performant dans la lutte contre les maladies et par conséquent, permet une meilleure prise en charge des populations. Les normes concernant le personnel soignant au Burkina Faso sont bien en deçà de celles recommandées par l'OMS. Si de 2000 à 2009, le Burkina a connu une amélioration des effectifs du personnel soignant dans certaines régions

⁷²DGISS, Tableau de bord santé 2009 : 50.

⁷³Réseau Africain d'Éducation pour la Santé : Infrastructures : Le Sénégal à la 4^{ème} place en Afrique, in URL : <http://www.keewu.com/article320.html>

⁷⁴Jean-Paul Hesnais, 1987 :44

⁷⁵Tchigankong N. D, 2009 : 21

comme le Nord, par contre, connaissent un déficit très préoccupant⁷⁶. Le tableau sous-dessous illustre le ratio par habitant de certains profils du corps médical.

Tableau I : Ratio habitants par personnel de santé en 2009

Habitants/	Norme (OMS)	Ratio
Médecin	10 000	22 522
Pharmacien	30 000	94 564
Chirurgien-dentiste		400 652
Infirmier d'état	5000	5335
Infirmier breveté	5000	6317
Sage-femme/maïeuticien	3000	17 703
Accoucheuse auxiliaire	5000	6186

Source : Annuaire statistique 2009, DGISS/Ministère de la santé

Le tableau ici montre qu'un effort considérable doit surtout être fait pour relever le nombre des médecins, pharmaciens et sages-femmes afin de respecter la norme préconisée par l'OMS. De plus, un accent particulier doit être mis au niveau du personnel intervenant dans la maternité. En effet, les effectifs de sages-femmes et maïeuticiens d'état dont le rôle est essentiel dans la réduction de la mortalité maternelle et infantile, sont globalement insuffisants avec des déficits plus prononcés dans certaines régions sanitaires.⁷⁷ Concernant les autres professionnels de santé, selon le ministère de la santé, la norme pourrait être atteinte dans les prochaines années si la tendance est maintenue dans ce sens⁷⁸.

Malgré, la volonté des autorités burkinabé à œuvrer pour une redynamisation du secteur de la santé à travers sa politique sanitaire, le problème de ressources humaine au niveau de la médecine moderne demeure encore au regard des besoins et de la forte croissance démographique. Alors qu'au niveau de la médecine traditionnelle, le ratio est de 1TPS/500hab.

De plus, hors mis le problème du déficit en personnel soignant, le pays est confronté également au problème de la corruption en milieu hospitalier et le non respect, voire une violation de la déontologie médicale. En effet, A. Moumouni (2003) souligne que «*les pratiques de corruption dans la santé ne sont qu'un des éléments parmi l'ensemble des*

⁷⁶ Document synthèse des deuxièmes états généraux de la santé, février 2010.

⁷⁷ Document synthèse des deuxièmes états généraux de la santé, février 2010, op.cité.

⁷⁸ DGISS, Tableau de bord santé 2009 : 51

dysfonctionnements du système public de santé, qui se traduisent par l'absence de prestations de qualité dans les formations sanitaires publiques »⁷⁹. Cela est surtout constaté au niveau des professionnels de santé dont les comportements décriés par les usagers (violence, injures, corruption, racket)⁸⁰, conditionnent les prises en charge des malades quelque fois par une négociation financière, voire de favoritisme lorsque c'est une connaissance. C'est à juste titre que Balique (1999) disait: «le jeu des relations sociales conduit en effet le personnel soignant à attribuer en priorité le peu de ressources disponibles à leurs proches ou aux personnes influentes, qui sont généralement les plus aisées. Par ailleurs, les dépenses illicites sont habituelles: il faut payer pour avoir un lit, payé pour être opéré, payé pour bénéficier de certains médicaments, etc. »⁸¹

Au regard de tout ceci, quelles stratégies le Burkina Faso doit-il mettre en place pour palier en amont, le déficit en infrastructures et personnel sanitaires et en aval, la corruption dans les formations sanitaires? Notons que ces conduites de corrupteur chez certains agents de santé renvoient à la coexistence d'une culture professionnelle locale et d'une culture bureaucratique privatisée qui serait un modèle caractéristique du fonctionnement actuel des administrations publiques dans la plupart des pays africains⁸².

Par ailleurs, chaque année, on assiste à la création de nouveaux centres de santé surtout en milieu rural (de 1352 CSPS en 2008, on est à 1373 CSPS en 2009)⁸³. Cependant, on relève un faible recrutement annuel des élèves formés à titre privés dans les écoles de formation en santé. Le facteur économique est souvent mis en cause pour justifier cette situation alors que le pays connaît un taux de mortalité élevé qui est de 11,8 pour mille⁸⁴.

Au Burkina Faso, deux types de médecine composent son système de santé, la médecine traditionnelle et la médecine moderne comme cela a été dit précédemment. Chacune a sa manière propre à elle d'appréhender la maladie et ses méthodes de guérison. Ainsi, à travers le point suivant, nous essayerons d'abord de présenter les conceptions de la maladie au regard de la médecine conventionnelle.

⁷⁹ Sous la direction de Blundo G. et O. Sardan, 2003:165

⁸⁰ Ibid., 2003

⁸¹ Balique, H. 1999: Les hôpitaux publics des pays d'Afrique francophone au sud du Sahara et leurs perspectives. in URL : <http://www.santetropicale.com/mali/pdf/santepub.pdf> [22/02/09]

⁸² Olivier de Sardan (2001)

⁸³ DGISS, Tableau de bord santé 2009 : 49

⁸⁴ Ibid., :23

III. La médecine moderne et sa perception de la maladie

« *La médecine est probablement aussi ancienne que la santé humaine* »⁸⁵. D'un autre côté, on pourrait insinuer également que la maladie est aussi vieille que la santé humaine. La médecine moderne encore appelée médecine conventionnelle est celle reconnue universellement et qui s'oppose aux autres types de médecines dites non conventionnelles à savoir la médecine traditionnelle, la médecine chinoise, etc.

Aussi, les prouesses de la médecine moderne dans l'éradication de certaines pathologies comme la peste, la maladie du sommeil et bien d'autres et la découverte de vaccin lui ont-elles valu sa diffusion à travers le monde entier et cela par le biais de la colonisation. Elle sera donc considérée comme « *modèle de médecine unique au niveau mondiale* ».⁸⁶

La médecine dite conventionnelle a une approche cartésienne de la maladie. Elle appréhende la survenue de la maladie comme un dysfonctionnement d'une partie du corps, d'un organe. Elle se base sur l'objectivisme et le rationnel pour expliquer le mal, tout en écartant l'aspect subjectif et irrationnel. En effet, la médecine moderne s'appuie sur des analyses biologiques, des examens cliniques pour diagnostiquer le mal. Concernant le traitement, les prescriptions et la posologie sont bien définies. Aussi, l'acquisition des connaissances au niveau de la médecine moderne se fait-elle sur la base d'un cursus d'une formation scientifique.

Contrairement à la médecine moderne qui se fixe sur l'aspect somatique, la médecine traditionnelle quant à elle, a une conception holistique de l'homme. La médecine dite conventionnelle ne perçoit pas l'homme comme une seule entité; selon elle, le corps et l'esprit sont deux entités différentes. Alors que jadis, cette médecine moderne « *avait également pendant longtemps une vision du monde comparable à celle des Bisa et des Mossi*⁸⁷, c'est-à-dire un monde où l'homme n'était pas dissociable du cosmos. Les représentations de la santé et de la maladie étaient alors dominées par les forces surnaturelles. Les causes sociales de la maladie étaient connues du milieu médical, en particulier des hygiénistes aux XVIIIe et XIXe siècles. »⁸⁸

⁸⁵Bariety et al, 2009: 27

⁸⁶Ibid.

⁸⁷Ce sont deux ethnies du Burkina dont l'ethnie majoritaire est les mossi. Le pays compte environ une soixantaine de groupe linguistique.

⁸⁸Faizang S., 1986, « L'intérieur des choses » *Maladies, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'harmattan, ,204 p

Autrefois, les connaissances étiologiques de la maladie par la médecine savante du 18^{ème} et 19^{ème} siècle rejoignaient celles de la médecine traditionnelle (mauvais sort, possédé par un démon, etc.). En effet, la survenue d'une pathologie était attribuée entre autres, à des mauvais esprits et à des forces maléfiques. Le traitement administré par le thérapeute (qui possède à la fois les attributions de sorcier et de prêtre) se fera par le truchement de moyens magiques et surnaturels appropriés.⁸⁹

La perception de la santé dans les sociétés moaga et bissa correspondait à celle qui prévalait dans les sociétés non industrialisées de l'occident. Cette conception traduit une même vision du cosmos, où monde visible et invisible se côtoient, et où l'ordre social est tributaire de l'harmonie entre ces deux mondes.⁹⁰

Cette médecine, qui est passée de l'étape antique au moderne (monde de la civilisation) a une toute autre conception de la maladie et réfute les allégations qu'elle avait faites auparavant. Ainsi, la maladie selon l'acception moderne, est un fait isolé qui n'a aucun lien avec le surnaturel, l'irrationnel. La médecine moderne adopte une démarche logique, expérimentale pour l'explication de la maladie. Elle ne tient pas compte des déterminants socioculturels dans sa représentation de la maladie, celle-ci « *repose sur une approche typiquement cartésienne de la maladie et suis une méthode expérimentale de détection du problème à travers le principe de causalité, manifesté par une bonne connaissance de l'anatomie, et de l'observation des symptômes et la recommandation de diverses analyses médicales. La médecine conventionnelle repose ainsi sur le principe selon lequel les mêmes causes produisent toujours les mêmes effets. (...) Puisque cette approche repose en grande partie sur les phénomènes observables, on peut donc conclure que l'objet de la médecine conventionnelle est la maladie visible ou encore l'analyse des phénomènes visibles de la maladie.* »⁹¹. Contrairement à la médecine traditionnelle qui diffère de la médecine moderne à travers une autre conception de l'homme et de la maladie.

⁸⁹Marc-Adéland Tremblay (1922 - (1966), 'de l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne http://www.uqac.quebec.ca/zone30/Classiques_des_sciences_sociales/index.html

⁹⁰Bonnet D., 1986, *Représentations culturelles du Paludisme chez les Moosé du Burkina*, Doc ORSTOM, Ouagadougou ; p.02

⁹¹Tchigankong N. D., 2009: 56

IV. La médecine traditionnelle et sa conception de la maladie

Depuis plus d'une décennie, la médecine traditionnelle a constitué un domaine de recherche important et privilégié pour l'anthropologie et la sociologie. De nombreuses études seront donc portées sur sa représentation de la maladie et de la santé, ses différentes conceptions étiologiques, et ses méthodes de guérison. En effet, sa conception de la maladie fait appel à une diversité d'étiologie qui constitue ainsi « *des interprétations de complexité variable* »⁹². De plus, elle appréhende de façon culturelle la maladie. La nosographie et la nosologie se font à travers un idiome culturel⁹³ spécifique à chaque aire géographique.

L'Afrique est constituée d'une diversité de peuple ayant chacun sa propre culture et sa conception de la maladie. C'est pourquoi, la maladie et ses causes ne sont pas interprétées partout de la même manière⁹⁴. Ainsi, selon Basile Ngono (2002) la médecine traditionnelle africaine et sa représentation sociale « *s'inscrivent dans un faisceau de signifiants solidement ancrés dans une genèse, une temporalité, une spatialité qui deviennent aussi manifestations concrètes d'un système de santé total, avec ses étiologies, sa nosologie, son anatomo-physiologie, ses méthodes de diagnostic, sa pharmacopée et enfin ses approches thérapeutiques* »⁹⁵.

Elle appréhende l'homme dans sa totalité, sans distinction du corps à l'âme et de l'esprit. La médecine traditionnelle, dans sa conception de l'homme et de la maladie, crée une interaction entre le monde visible et invisible, le monde réel et irréel, le monde naturel et surnaturel. C'est pourquoi, l'Africain a « *la sensation et la conviction qu'il vit entouré par des forces naturelles et surnaturelles qui s'entremêlent. Dans cette structuration traditionnelle, il y a des lois et rites qui scellent la cohésion du groupe social* »⁹⁶

En effet, selon la tradition africaine, il y a le monde des vivants et celui des morts incarnés par les ancêtres. Ces derniers pour leur part sont chargés de veiller sur la progéniture, de jour

⁹² Yannick Jaffré et al, 1999 :01, "La maladie et ses dispositifs" in « la construction sociale des maladies », pp. 41-68. Paris, Les Presses universitaires de France, 1999, 376 pp. Collection: Les champs de la santé.

⁹³ Bouchra M'Hayro, Psychiatrie moderne et thérapies traditionnelles, <http://www.memoireonline.com/02/09/1996/Psychiatrie-moderne-et-therapies-traditionnelles.html>

⁹⁴ Luce Michel, cité par Michel M. : Comment les déterminants socioculturels déterminent-ils l'accès aux soins ?, n°92 septembre 2008, www.medecinsdumonde.org, p02

⁹⁵ Basile Ngono, 2002: 1

⁹⁶ E. C. Ndjitoyap Ndam, 2004 :3

comme de nuit, ou de punir les déviants en cas de transgression de certains interdits, « *car en Afrique plus qu'ailleurs, les morts ne sont pas morts.* »⁹⁷

Ainsi, l'avènement d'une maladie, d'un malheur n'est pas un fait du hasard, ni isolé. En effet « *la «maladie ne survient que quand il y a un manquement ou une infraction à une loi établie et dont il faudra chercher à faire disparaître la cause. C'est pourquoi, on établit un lien de causalité indissociable entre la maladie et la faute, c'est du reste le premier principe curatif* »⁹⁸. En outre, la survenue de la maladie s'inscrit dans une certaine logique, un cadre symbolique propre à la perception traditionnelle et populaire.

Le thérapeute traditionnel cherchera donc à comprendre le comment et le pourquoi de la survenue d'une pathologie. De manière plus explicite, le « *comment* » cherchera à *comprendre l'origine de la maladie en référence au registre de type naturaliste et le «pourquoi* » s'intéressera *au sens profond, à la phénoménologie cosmologique de la maladie; et, plus concrètement à ce qui l'a mise en mouvement en référence au registre de type transcendantal* »⁹⁹. Cela est contraire au niveau de la médecine moderne qui, elle, est une « *science du comment* » et ne parvient pas à apporter des réponses sur l'épineuse question du pourquoi¹⁰⁰.

Par ailleurs, force est de constater que la médecine traditionnelle est plurielle car certaines pratiques de guérison ne s'intéressent qu'au corps malade et d'autres à l'esprit. En Afrique, comme dans de nombreuses régions du monde, les recherches anthropologiques et ethnologiques sur les perceptions traditionnelles de la maladie ont montré que celles-ci attribuent l'origine ou l'étiologie de la maladie au monde visible ou invisible. Ainsi, selon les causes de maladie (incorporation d'un objet maléfique, perte d'une âme, possession par un esprit, violation d'un interdit, agression d'un sorcier, etc.), le malade ou son entourage (familial ou amical) fait recours soit à un devin, un sorcier ou un guérisseur. En effet, les malades ont souvent un itinéraire thérapeutique complexe. A. Yaméogo (2007).

Le traitement administré par ces praticiens traditionnels suscités est fonction de la détermination de la cause du mal. De plus, ils peuvent donc procéder soit par rituels, transes,

⁹⁷ Ibid.

⁹⁸ Ibid http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/7856/actaend_2005_2_219-226.pdf?sequence=1

⁹⁹ Basile Ngono, 2002, Incidence de la médecine populaire sur la médecine moderne, <http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/0/a8c38529e8c3bcc580256bb10033141d?OpenDocument>

¹⁰⁰ Ibid.

incantations ou administration de substances à base de végétaux, de minéraux ou d'animaux, dans le but de réparer le ‘‘déséquilibre ou désorganisation’’ provoqué par la maladie.

Toutefois, certaines critiques ont été portées sur les perceptions traditionnelles de la maladie, à travers ses pratiques (mode de diagnostique), ses remèdes (liés au problème de dosage, de conservation) et les publicités mensongères¹⁰¹. En effet, très souvent, un seul remède est indiqué pour le traitement de plusieurs pathologies à la fois. Selon le Dr Efua Ginette Johnson (2001), la plupart des remèdes des tradipraticiens sont à base « *de plantes entières ou de parties de plantes séchées, réduites en poudre ou recommandées simplement en décoction. Seulement, la dose demeure un problème essentiel dans ces traitements. De plus, quelque fois pour une même plante, plusieurs indications lui sont attribuées. Et sur nos médias, nous entendons tellement de choses entre les fibromes dont on accouche, le Sida qui se guérirait.* »¹⁰²

Par ailleurs, près d'une décennie après, comment se présente la cohabitation des deux médecines? Cette coexistence n'est pas sans problème. En effet, l'exercice de la médecine en Afrique, aujourd'hui, est une mise en pratique de deux systèmes de soins tantôt qui collaborent, tantôt qui s'excluent, parce que chacune de ces approches constitue un système fait d'ombres et de lumières, de défis et de certitudes, d'échecs et de succès.¹⁰³

¹⁰¹ Au Burkina Faso, la DMPT en collaboration avec le CSC a interdit les publicités de médicaments traditionnels dans les médias.

¹⁰² Dr Efua Ginette Johnson ‘‘Médecine moderne et médecine traditionnelle’’ octobre 2001, <http://www.santetropicale.com/togo/john1001.htm>

¹⁰³ E. C. Ndjitoyap Ndam, op cit.

V. Médecine moderne et médecine traditionnelle: quelle cohabitation aujourd'hui?

Sous l'ère coloniale, la coexistence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne était très difficile, elle s'est traduite par une chasse aux sorcières dans laquelle la médecine traditionnelle était la victime. Il était impossible d'entretenir des relations avec la médecine conventionnelle qui n'appréhendait pas la médecine traditionnelle comme un partenaire avec qui elle pouvait collaborer. De plus, la médecine traditionnelle qualifiée de « médecine primitive »¹⁰⁴, ses pratiques thérapeutiques et religieuses seront appréhendées sous le spectre de la sorcellerie et de la magie. En effet, la non-conformité des pratiques dites « irrationnelles » de la médecine traditionnelle avec les aspirations classiques, c'est-à-dire la médecine savante, n'a fait qu'entraîner son rejet. Pendant la période coloniale, une probable coopération des deux médecines était utopique, mais la « durée de l'interaction »¹⁰⁵ bien que conflictuelle entre les deux médecines a conduit de nos jours à une évolution des rapports. Ainsi, Gide ne disait-il pas que « l'utopie d'aujourd'hui sera la réalité de demain »¹⁰⁶?

Le paradoxe, aujourd'hui, montre effectivement un revirement de situation. La médecine traditionnelle qui était, autrefois, décriée est à présent appréciée. Elle se trouve présentement au centre des débats et constitue un enjeu, entre autres, pour les politiques, les scientifiques, etc. C'est à juste titre que Serge Genest (1980) disait « alors qu'on avait d'abord mis l'accent sur le caractère magique ou mystique de la médecine africaine parce que cela satisfaisait les orientations historiques de l'Europe de cette époque, voilà que maintenant d'autres contradictions dans les sociétés occidentales entraînent un changement de perspective vis-à-vis de la médecine africaine. Ce qui reste un paradoxe et une difficulté dont il faut être conscient, c'est que, contrairement à l'époque où l'observateur européen jugeait seul du caractère magique de la médecine africaine, de nos jours, le retour sur l'efficacité du traitement par les plantes en Afrique rejoint à la fois, la valorisation du comportement médical de leurs ancêtres par les chercheurs africains en même temps que les préoccupations des chercheurs occidentaux impliqués dans un courant écologique ou en quête de nouvelles synthèses intéressantes. »¹⁰⁷

¹⁰⁴ Serge Genest, *Phytothérapie et médecine africaine*, (revue canadienne des études africaines/Canadian Journal of African Studies Volume 13, no. 3, 1980: 497-499, p.498. <http://www.jstor.org>), p497

¹⁰⁵ Vidal et al, 2005 ; Strauss, 1992, cité par S. Zongo, 2006.

¹⁰⁶ Gide, cité par Gbodossou, 1996 :25

¹⁰⁷ Serge Genest, op.cit

Si le constat, de nos jours, est incontestablement à un dénouement vers de meilleurs rapports entre les deux médecines, il n'en demeure pas moins qu'il existe encore tout un corpus de facteurs entravant la bonne marche de leur collaboration. En effet, la coexistence entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne évolue jusqu'à présent dans un contexte de dualisme, qui se caractérise par une opposition entre "tradition" et "modernité". Autrement dit, une dualité entre un mode de savoir et de savoir-faire ancestrale, transmis de génération en génération et une manière d'agir et de penser occidentale en perpétuelle mutation et progrès.

De prime à bord, on pourrait penser que tout ce qui est traditionnel est statique, figé et se reproduit tel qu'il est dans le présent et le futur sans subir l'impact de la modernité. Peut-on en certifier autant au niveau de la médecine traditionnelle d'aujourd'hui? Le constat, de nos jours, montre une médecine traditionnelle évolutive et qui a tendance à se moderniser. En témoigne les propos du Dr Efua Ginette Johnson (2001) *«aujourd'hui la médecine traditionnelle se modernise et nos tradithérapeutes pourraient être simplement appelés phytothérapeutes. Ce que nous observons aujourd'hui, c'est une floraison de talents chez nos tradithérapeutes. Et les soins n'ont plus rien de mystérieux.»*. Cette tendance vers la modernité a été en effet relevée par certains auteurs¹⁰⁸ à travers les points suivants:

-un meilleur conditionnement des remèdes traditionnels (emballage de qualité, étiquettes, etc.)

Image 1: Emballage de qualité utilisé aujourd'hui par un TPS pour le conditionnement de ses recettes



Source: Photo prise par A.YAMEOGO lors d'une sortie de terrain, le 04/10/2010

¹⁰⁸ Erick Gbodossou (2000), A. Soubeiga (2003), Gazambé (2006), Somé E. et A. Yaméogo (2008)

L'environnement urbain, qui est à la fois porteur de changement et de modernité¹⁰⁹ s'est imposé aux tradipraticiens en améliorant leur service dans la présentation de leur remède. Par conséquent, la médecine traditionnelle, d'aujourd'hui, « loin d'incarner l'immobilisme des traditions se nourrit plutôt de cette modernité en se l'appropriant »¹¹⁰.

Les emballages archaïques (morceaux de tissu, des bouteilles déjà utilisées, etc.) qui servaient autrefois de conditionnement se sont substitués aux flacons, sachets et boîtes plus hygiéniques et commodes¹¹¹.

Image2: Objets utilisés autrefois par les TPS pour le conditionnement de leurs recettes



Source: Photo prise par A.YAMEOGO lors d'une sortie de terrain, le 04/10/2010.

¹⁰⁹ Gazambé, 2006

¹¹⁰ Ibid., 2006

¹¹¹ Ibid, 2006

- Une administration des recettes sous forme de gélules.
- Des carnets de soins et des registres pour un meilleur suivi des malades.
- Des cabinets de soins et des officines traditionnelles bien aménagés et séparés du domicile familial.
- Une volonté manifeste des tradipraticiens à s'instruire. Des études réalisées dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso¹¹² ont révélé que la majorité des tradipraticiens sont analphabètes. S'il a été reconnu que l'éducation est la base de tout développement et permet d'être compétitif à l'échelle mondiale, les auteurs suscités¹¹³, ont ainsi démontré que le niveau d'instruction a un impact certain sur les prestations des tradipraticiens. En effet, *«pour cette catégorie de personne (tradipraticien), c'est le niveau d'instruction qui permet entre autres de comprendre la nécessité de préparer les remèdes dans des conditions d'hygiène précise, de prendre part à certaines rencontres, de comprendre la nécessité d'une certaine évolution et d'approfondir leurs connaissances sur les maladies »*¹¹⁴.

De plus, au niveau des CSPS, des districts, des hôpitaux régionaux, et de la DMPT des sessions de formations sont organisées à l'endroit des tradipraticiens sur certaines pathologies comme (la méningite, la tuberculose, le VIH/Sida, les IST) et les bonnes pratiques de fabrication des recettes traditionnelles. En effet, ces séances permettent d'observer chez les tradipraticiens (des grandes villes comme Ouagadougou ou regroupés dans des associations) *«de leur constante évolution et de leur incorporation de certains aspect du discours médical»*¹¹⁵. Le contact du savoir médical traditionnel avec la médecine conventionnelle constitue un autre facteur qui va accélérer de manière progressive le processus de changement de celui-ci.¹¹⁶

Mais, dans cette jonction à la modernité, n'y a-t-il pas un risque d'un délaissement de l'aspect symbolique ou magico-religieux de la médecine traditionnelle et sa réduction pure et simple à l'aspect phytothérapique, comme l'avaient si bien souligné M-E. Gruénais et al (1988), Dozon (1987)? La médecine savante s'appuie sur l'explication cartésienne et réfute la dimension symbolique, magico-religieux de la médecine traditionnelle au profit de celle phytothérapique qui est sujette à la rationalité. Comme l'a relevé A. Soubeiga (2003), ce sont les

¹¹² Adèle Yaméogo et E. Somé, 2008 et 2010 ; Gazambé, 2006

¹¹³ Erick Gbodossou (2000), A. Soubeiga (2003), Gazambé (2006), Somé E. et A. Yaméogo (2008), op. cit.

¹¹⁴ Gazambé, op cit, p50

¹¹⁵ A. Soubeiga, op. cit: 291.

¹¹⁶ Ibid

tradipraticiens qui utilisent la phytothérapie dans leur traitement qui semblent plus enclin à profiter de la grâce du pouvoir médical et des autorités sanitaires.

Alors, que l'individu vit dans un environnement à la fois symbolique et naturel¹¹⁷ et partant, la médecine traditionnelle trouve sa légitimité au niveau de ces deux aspects: symbolique et phytothérapique qui font toute sa complexité et sa spécificité. Cependant, l'irrationalité de certaines méthodes qualifiées de mystiques lui a valu des préjugés de certains praticiens de la médecine moderne.

Toutefois, *«dans les pays en voie d'émergence souvent démunis de toute structure sanitaire adéquate, l'homme qui souffre ne trouve –t-il pas une aide précieuse et essentielle dans la présence d'au moins un tradipraticien au village qui assume sa douleur, son angoisse de la mort, sa peur de la déchéance sociale et culturelle, et qui mérite à ce titre le respect des hommes en blouse ?»*¹¹⁸

¹¹⁷ Mahamat Abdoulaye, 2009, p14

¹¹⁸ Tchigankong N. D, op cit.

VI. Les professionnels de la santé et leurs conceptions de la médecine traditionnelle

Les perceptions des praticiens de la médecine moderne sur la médecine traditionnelle régissent leur rapport avec les tradipraticiens. En effet, Blumer ne disait-il pas que « *l'homme ne réagit pas aux choses, mais au sens que ces choses prennent pour lui* »?¹¹⁹ Dans l'interaction entre les deux médecines se profile alors la posture des relations entre les principaux acteurs qui est inhérente à la perception qu'ils ont de chaque système de soins. Les tradipraticiens ne vivent pas que dans un environnement naturel, mais également symbolique où tout est rempli de sens, autrement dit où tout est « *symboles signifiants* » Mead, (1963).

Une étude réalisée en 2008 dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso, a révélé que 78% des professionnels de la santé¹²⁰ interrogés pensent que la médecine traditionnelle est certes efficace et complémentaire à la médecine moderne, mais elle connaît un sérieux problème de dosage, de charlatanisme et d'analphabétisme. De plus, certaines méthodes de diagnostics dites mystérieuses sont rattachés au « monde des ténèbres. » Ainsi, les préceptes de certaines religions (catholique ou protestante), le mysticisme qui entoure la médecine traditionnelle et le recours aux sacrifices sont entre autres, des raisons avancées pour la non collaboration avec les tradipraticiens¹²¹. En effet, les discours des professionnels de santé sur la médecine traditionnelle sont quelques fois formés de préjugés et de subjectivité, d'où résulte des difficultés de collaboration entre les deux médecines. Et comme au niveau des sciences sociales où le chercheur doit à un moment procéder par « *rupture épistémologique* »¹²² face à son objet d'étude, ceci ne pourrait-il pas également s'appliquer aux praticiens de la médecine moderne par rapport aux « illusions de la perception spontanée »¹²³ ?

Par ailleurs, le Burkina Faso à l'instar du Bénin (cf. Dozon, 1987) dans sa tentative de promouvoir une franche collaboration entre la médecine traditionnelle et celle moderne avait jadis, fait l'expérience d'admettre des tradipraticiens dans les structures sanitaires. En effet,

¹¹⁹ Mahamat Abdoulaye, op. cit.

¹²⁰ Cf, Somé et Yaméogo, 2008. L'échantillon total des professionnels de la santé dans les deux villes était de 185.

¹²¹ Somé et Yaméogo, 2008

¹²² Bachelard, cité par Basil Ngono, 2002, Incidence de la médecine populaire sur la médecine moderne, <http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf/>

¹²³ Basile Ngono, op. cit

l'hôpital Yalgado Ouédraogo était l'établissement pilote, mais, cet essai s'est vite soldé par un échec et a ainsi contribué à une remise en cause de la mesure qui ambitionnait l'intégration progressive dans les formations sanitaires des tradipraticiens. Les raisons de cet échec étaient entre autres, que certains tradipraticiens voulaient une rémunération au même titre que les diplômés des facultés et autres écoles de santé. D'autres exigeaient des salles de consultations. Certains ont même écrit au ministère chargé de la santé pour demander l'autorisation d'ouvrir des cliniques, cabinets de soins ou pharmacies. Une telle interprétation de la promotion de la médecine traditionnelle n'est pas pour favoriser son essor et sa coopération effective avec les praticiens de la médecine moderne¹²⁴.

De nos jours, la collaboration entre les praticiens des deux médecines se limitent officiellement à des rencontres d'échanges (ateliers, conférences, congrès, etc.), il n'existe pas encore des textes officiels qui autorisent la référence des malades vers les tradipraticiens. Aussi, l'exercice illégal du savoir médical traditionnel¹²⁵ par des personnes se proclamant tradipraticiens « *fait qu'il y a une réticence des agents de la médecine moderne, à référer des malades chez les tradipraticiens* »¹²⁶. Ainsi, la collaboration entre les deux systèmes pourrait être qualifiée "d'embryonnaire" car la référence et contre référence des malades s'effectue dans un cadre officieux¹²⁷.

Néanmoins, des efforts sont faits pour faciliter la coopération, et ceci, à travers entre autres, le regroupement des tradipraticiens en association, la création d'une direction de la médecine et de la pharmacopée traditionnelles (DMPT), le renforcement des compétences des tradipraticiens, le projet centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés (CMTSI) à travers ses actions, la notification et l'homologation des remèdes traditionnels, etc.

¹²⁴ EUREKA N° 0001, avril 1992, Médecine moderne, médecine traditionnelle: Quelle collaboration?, CNRST, <http://www.greenstone.org/greenstone3/nzdl>

¹²⁵ L'article 12 des textes réglementaires du secteur de la médecine traditionnelle stipule que « toute personne qui exerce la médecine traditionnelle sans autorisation ou avec des documents acquis frauduleusement, le fait dans l'illégalité ». Ainsi, la sanction est d'une amende de 25 000f à 200 000f. Mais en cas de récidive, le matériel est confisqué et l'intéressé doit payer une amende allant de 200 000f à 500 000f.

¹²⁶ Boureima Sanga, Lutte contre la maladie : La valorisation de la médecine traditionnelle, une nécessité, <http://www.santetropicale.com/actualites/>, Sidwaya - Burkina Faso - 07/11/2007

¹²⁷ Somé et Yaméogo A., 2008, op. cit

VII. Les représentations de la médecine moderne par les tradipraticiens de santé

Les tradipraticiens ont certes traversé des moments difficiles sous l'ère coloniale à cause de la médecine moderne, mais, reconnaissent en elle, une médecine efficace et complémentaire à la médecine traditionnelle. En témoigne donc les résultats d'une étude réalisée dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso qui révèlent que 94% des tradipraticiens interrogés sont convaincus de l'efficacité de la médecine savante et de la complémentarité des deux systèmes de soins¹²⁸.

Les tradipraticiens ont effectivement conscience qu'ils sont les premiers recours, cependant, ils n'ignorent pas qu'ils ne sont pas habilités à soigner toutes les maladies. Par conséquent, une collaboration franche avec la médecine moderne, dotée de plus de moyens financiers et logistiques, permettrait une avancée certaine dans le combat contre les pathologies prioritaires et négligées auxquelles est confronté le Burkina. En effet, la médecine traditionnelle avoue son impuissance face à certaines pathologies comme la méningite ou le VIH/sida qui nécessitent au préalable des «*moyens diagnostiques nécessaires pour procéder à l'examen du liquide lombaires*»¹²⁹ et à l'analyse du sang. C'est ce que souligne André Soubeiga en attestant que «*l'avantage de la médecine moderne, c'est la possibilité de faire des analyses (et) des examens*»¹³⁰.

Cette capacité effective à pouvoir détecter des germes dans l'organisme à l'aide de techniques et d'instruments (microscope) «*semble suffisant pour justifier la supériorité de cette biomédecine dans le domaine du diagnostic et du traitement*»¹³¹ d'une pathologie. En effet, convaincue de la suprématie de la médecine conventionnelle, les tradipraticiens montreront plus de perméabilité aux conceptions étiologiques véhiculées par la médecine moderne (cas de la méningite, du sida, etc.) et essaieront de les adopter avec leur propre système de représentation¹³². En présence donc d'un corpus de «*synchrétisme étiologique*», cela s'avèrent être sans doute des facteurs incontournables dans l'évolution de la médecine traditionnelle¹³³.

¹²⁸ Cf. Somé et Yaméogo A op. cit. Le nombre total de TPS enquêtés était de 150.

¹²⁹ A. Soubeiga, op. cit, p288Z

¹³⁰ Ibid, p. 288

¹³¹ Ibid, p. 292

¹³² A. Soubeiga, 2003, op.cit.

¹³³ Ibid, p. 292

Cependant, les attitudes de rejet, de déni, observées chez certains praticiens de la médecine moderne, demeurent encore une donnée que l'on a du mal à contester¹³⁴, et qui est imputable en retour à certaines répliques ou postures des tradipraticiens. En effet, la méfiance, la peur d'être dépossédés de leurs recettes et la non référence des malades vers eux, sont entre autres, des raisons qui limitent la confiance des tradipraticiens envers les praticiens de la médecine conventionnelle. Ainsi, comme nous l'avons souligné précédemment, la collaboration des tradipraticiens avec la médecine moderne, se résume surtout par des échanges lors de certaines rencontres, et à l'utilisation de leurs recettes, comme s'en est le cas au niveau du centre médical saint Camille¹³⁵ (ces derniers n'y interviennent pas physiquement).

CODESRIA - BIBLIOTHEQUE

¹³⁴ Da V., 2007.

¹³⁵ Dans le but de favoriser la collaboration entre les deux médecines au Burkina, une structure d'interface a vu le jour en décembre 2000 au sein du Centre médical saint Camille. En effet, le centre expérimente sur le plan clinique, des recettes des TPS dont la qualité a été auparavant prouvée par des chercheurs en sciences de la santé de l'Université de Ouagadougou, d'une part et d'autre part, permet à la médecine traditionnelle de bénéficier des méthodes modernes de diagnostic et de suivi thérapeutiques des malades.

Conclusion

Avant l'ère coloniale, la gestion des problèmes de santé en Afrique était assurée en majeure partie par la médecine traditionnelle, à travers ses pratiques et remèdes traditionnels fondés sur les cultures et les ressources naturelles locales (végétales, minérales et animales).

L'introduction de la médecine moderne en Afrique s'effectuera par le truchement de la colonisation. Mais, de l'époque coloniale jusqu'aux premières lueurs des indépendances, la médecine moderne se développera au détriment de celle traditionnelle et lui laissera comme héritage: marginalisation et dénigrement; les pratiques médicales traditionnelles considérées comme 'archaïques, mystiques, irrationnelles', seront interdites d'exercice. La médecine moderne imposera ainsi toute sa suprématie sur le savoir médical traditionnel, traité de 'médecine inférieure, dépassée'.

La médecine traditionnelle va parcourir tout un long périple avant de se voir octroyer le 'statut' et la place qu'elle aurait due occupée depuis longtemps. En effet, les États africains, dans leur course effrénée vers l'atteinte des Objectifs du Millénaire pour le Développement (OMD), pour combattre la résistance accrue aux médicaments, l'accroissement des pathologies prioritaires et l'émergence de nouvelles maladies, reconnaitra l'efficacité des remèdes traditionnels; ceci marquera ainsi le retour de la médecine de nos ancêtres dans la gestion officielle des problèmes de santé des populations. Ainsi, la valorisation et la réhabilitation de la médecine traditionnelle dans les systèmes sanitaires africains est devenue le leitmotiv des discours politiques, des scientifiques, des institutions (OMS) et des ONG (OI.PROMETRA). Certes, des efforts sont mobilisés dans ce sens, mais le chemin pour l'atteinte d'une franche collaboration entre médecine traditionnelle et médecine moderne est encore long et marqué par de nombreux écueils. On note des discours et des pratiques contradictoires sur le terrain entre les praticiens des deux médecines au sujet de leur collaboration dans la prise en charge des pathologies (référence mutuelle des malades).

Ainsi, le Burkina Faso, pays pauvre, doit-il se focaliser sur une seule médecine, en l'occurrence la médecine moderne au détriment de son patrimoine médical traditionnel qu'est la médecine traditionnelle? Si la médecine moderne a en effet, connue des heures de gloire, elle a cependant constaté des échecs et montré ses limites face à certaines pathologies (VIH/Sida), les résistances aux antibiotiques, les effets secondaires de certains médicaments.

Cela a par conséquent, permis de reconsidérer la place de la médecine traditionnelle dans la prise en charge thérapeutique des malades.

La médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle ont chacune présenté leurs ‘‘ondes d’ombre et de lumière’’. Aucun système de soin n’est donc à mesure de résoudre de façon efficiente et dans leurs totalités les problèmes sanitaires des populations africaines en générale et burkinabé en particulier; la collaboration entre les deux médecines se pose donc avec acuité.

La médecine traditionnelle est l’héritage culturel des Africains; elle est ancrée dans leurs traditions à laquelle ils sont très attachés. De plus, l’Afrique en général et le Burkina Faso en particulier est constitué d’une pluralité de peuples, d’ethnies qui ont leurs propres techniques de diagnostic et de traitement de la maladie, comme l’a dit Odile Nacoulma (1996), en Afrique, «*il y a autant de médecines traditionnelles que d’ethnies*». Par conséquent, notre patrimoine médical traditionnel ne pouvait être occulté des stratégies de lutte contre les maladies quand on sait que près de 80% des Africains y ont recours.

‘‘*La durée de l’interaction*’’ entre les deux médecines a eu un grand impact dans l’évolution de certaines pratiques de la médecine traditionnelle. Cette interaction ‘‘prolongée’’ n’aboutirait-elle pas à un moment donné à une sorte de syncrétisme des deux médecines? Aussi, ce syncrétisme ne pourrait-il pas engendrer une nouvelle forme de médecine traditionnelle africaine en retour? Quelle place sera donc attribuée à l’aspect symbolique et magico-religieux de la médecine traditionnelle dans cette nouvelle tendance vers la modernité, serait-il pris en compte ou occulté? Quels risques y a-t-il à une redéfinition de la médecine traditionnelle africaine?

Ces nombreuses interrogations sur les orientations de la médecine traditionnelle nécessitent qu’on s’y attarde pour comprendre les dynamiques en cours. En cas de validation du présent document nos investigations futures tenterons de:

- Comprendre les mobiles de l’évolution de la médecine traditionnelle vers un syncrétisme.
- Identifier les acteurs de cette nouvelle tendance.
- Analyser les discours des usagers face à ces nouvelles tendances.
- Cerner les perspectives et les problèmes d’une exploitation industrielle.

Références bibliographiques

Ouvrages et articles

ABDOULAYE M., 2009, *Déviations scolaires et contrôle social à Yaoundé: Essai d'approche Sociologique du quotidien des jeunes à l'école*, mémoire DEA en sociologie, Université de Yaoundé I <http://www.memoireonline.com/12/09/3049/Deviances-scolaires-et-controle-social--Yaounde-Essai-dapproche-Sociologique-du-quotidien-des-.html>

BARGES A., 1994, *Lèpre et anthropologie de la maladie au Mali : les représentations de la maladie et du malade, la gestion du stigmat social à Bamako, les implications en santé publique*, UPR, 86 p.

BLUNDO G. et J-P Olivier de SARDAN, 2001, *La corruption au quotidien en Afrique de l'Ouest. Approche socio-anthropologique comparative : Bénin, Niger et Sénégal*, EHESS, France.

BONNET D., 1986, *Représentations culturelles du Paludisme chez les Moosé du Burkina*, Doc ORSTOM, Ouagadougou

BONNET D., 1988, *Corps biologique, corps social : procréation et maladies de l'enfant en pays mossi*, éd. ORSTOM, Paris, 138 p.

BOUDA M., 1990, *De l'intégration de la médecine et de la pharmacopée traditionnelle dans les systèmes de soins de santé officiels au Burkina Faso : Situation actuelle et perspective*, thèse de doctorat en pharmacie, FSDS, Université de Ouagadougou, 131 p.

BOURDIEU P., 1972, *Esquisse d'une théorie de la pratique*, Genève, Droz.

BRUNET – JAILLY J., 1993, *Se soigner au Mali : une contribution des sciences sociales*, éd. Karthala, Paris, 342 p.

CANTRELLE P. et al. 1990, *Facteurs culturels et sociaux de la santé en Afrique de l'Ouest*, éd. Les dossiers du CEPED, N° 10

DA V., 2007, *Problématique de la collaboration entre les tradipraticiens et les agents de santé par la mise en place d'un système d'orientation recours de patients : cas du district*

sanitaire de Diébougou, mémoire de fin d'étude en Soins Infirmiers et obstétricaux, ENSP, 84p.

DJEMO FOSTO J-B., 2009, *Le regard de l'autre : médecine traditionnelle africaine*, l'harmattan, 447p.

DJIERRO K., 2002, *Contribution à la connaissance des plantes médicinales utilisées par les tradipraticiens pour la prise en charge des personnes vivant avec le VIH / SIDA dans la ville de Ouagadougou*, thèse de doctorat en pharmacie, UFR/SDS, Université de Ouagadougou, 100 p.

DOZON J-P., 1987, « Ce que valoriser la médecine traditionnelle veut dire », in *Politique Africaine*, N° 28, pp. 9 – 20.

DOZON J-P., 1996, «Quelques réflexions sur les médecines traditionnelles et le SIDA en Afrique» in BENOIST J. et DESCLAUX A. (dir.) *Anthropologie et SIDA: Bilan et perspectives*, éd. Karthala, Paris, pp. 231-235.

DURKHEIM E., 1967, *De la division du travail social*, P.U.F

DURKHEIM E., 1985, *Les règles de la méthode sociologique*, Paris, P.U.F (1937).

FAINZANG S., 1986, « L'intérieur des choses ». *Maladies, divination et reproduction sociale chez les Bisa du Burkina*, Paris, L'harmattan, ,204 p

FASSIN D., 1992, *Pouvoir et maladies en Afrique*, P.U.F, 359 p.

FERREOL G. et al. , 1995, *Dictionnaire de sociologie* .Paris, Armand Colin /Masson, 2^e édition, 315 p.

GAYE J-J, ‘‘d’Alma Ata à Bamako’’ <http://www.bioltrop.cooperation.org/00-entete/ib.htm>

GBODOSSOU V. A. E., 1979, *Approche de la médecine traditionnelle africaine*, thèse de doctorat en médecine, FMP, Université de Dakar, 116 p.

GBODOSSOU V. A. E., 2000, *Formation d’auto perfectionnement des guérisseurs : pour une meilleure implication dans la lutte contre les MST – VIH / SIDA et pour la survie de la mère et de l’enfant (Méthode FAPEG)*, éd. Métraf, 109 p.

GBODOSSOU V. A. E., 2005, *Formation d'auto perfectionnement des guérisseurs : pour une meilleure implication dans les défis sanitaires liés au développement (Méthode FAPEG)*, éd. Métraf, 118 p.

GENEST S., 1980, *Phytothérapie et médecine africaine*, Canadian Journal of African Studies/Revue Canadienne des Études Africaines, Vol.13, No. 3, pp. 497-499, <http://www.jstor.org/stable/484974>

GRUENAI M-E. et al. 1988, « Comment se débarrasser de l'« efficacité symbolique » de la médecine traditionnelle ? », in *Politique Africaine* 31, pp.51-61

GRUENAI M-E. et al., 2001, *Infirmiers privés, tradipraticiens, accoucheuses traditionnelles à la campagne et à la ville*, Bulletin de l'APAD. <http://apad.revues.org/101>

GUICHAOUA A. et GOUSSAULT Y., 1993, *Sciences sociales et développement*, éd. Armand Colin, 189 p.

GUILLOT P. et al., 1999, *La pensée économique et sociologique par les textes*, <http://www.reunion.iufm.fr>

GUISSOU I.P., 1997, Premier symposium sur la recherche nationale essentielle en santé, 200p.

GUISSOU L. B., 1983, « Médecine traditionnelle et sciences humaines », in *Notes et documents voltaïque*, vol. 14, N° 3 -4, pp. 31 – 51.

HAGENBRUCHER – SACRIPANTI F., 1994, *Représentation du SIDA et médecines traditionnelles dans la région de Pointe-Noire (Congo)*, ORSTOM, Paris, 107 p.

HESNAIS J-P., 1987, La baisse de la mortalité, un moteur de développement, in *Santé, médicament et développement : les soins de santé primaires à l'épreuve des faits*, éd. Liberté sans Frontières, Paris, 271p.

JAFFRE Y. et SARDAN O., 1999, *La maladie et ses dispositifs*, http://classiques.uqac.ca/contemporains/jaffre_yannick/maladie_et_ses_dispositifs/maladie_et_ses_dispositifs_texte.html

JODELET D., 1989, *Les représentations sociales*, P.U.F, 406 p.

JONHSON E. G., 2001, *Médecine moderne et médecine traditionnelle*,
<http://www.santetropicale.com/togo/john1001.htm>.

KARAOU, 2010, *L'exercice illégal de la médecine*,
<http://medecinelegale.wordpress.com/2010/10/17/1%E2%80%99exercice-illegal-de-la-medecine/>

LEGA I., décembre 2009, *Médecine traditionnelle: la mère nourricière*,
http://lafia.info/article.php3?id_article=233

M'HAYRO B., *Psychiatrie moderne et thérapies traditionnelles*,
<http://www.memoireonline.com/02/09/1996/Psychiatrie-moderne-et-therapies-traditionnelles.html>

MEAD G.H., 1963, *L'esprit, le soi et la société*, Paris, P.U.F.

MEMEL-FOTE H., 1998, *Les représentations de la santé et de la maladie chez les ivoiriens*,
éd. L'harmattan, Paris, 209 p.

MICHEL M., septembre 2008, *Comment les déterminants socioculturels déterminent-ils l'accès aux soins ?*, revue n°92, www.medecinsdumonde.org

NACOUUMA / OUEDRAOGO O., 1996, *Plantes médicinales et pratiques médicales traditionnelles au Burkina Faso : cas du Plateau Central*, thèse de doctorat en sciences naturelles, Tome1, FST, Université de Ouagadougou, 320 p.

NDJITTOYAP NDAM E. C., 2005, *Médecine traditionnelle et médecine moderne : ombres et lumières*. http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/7856/actaend_2005_2_219-226.pdf?sequence=1

NGONO B., 2002, *Incidence de la médecine populaire sur la médecine moderne*,
<http://www.ethique.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf>

NJANJI S. 2004, *Les Africains font confiance aux guérisseurs traditionnels*,
<http://www.aiags.com>

SARDAN O. J-P., 2001, *La sage femme et le douanier, cultures professionnelles locales et culture bureaucratique privatisée*.

NIKIEMA J-B., 2010, « L'introduction de plantes médicinales dans le traitement de l'infection à VIH : une approche réussie au Burkina Faso », *WHO, The African Health Monitor : African medecin day*, pp 47-51

NIKIEMA J-B., 2010, « Promotion de la médecine traditionnelle au Burkina Faso : Essai de développement d'un médicament antirépanocyttaire, le Faca », *WHO, The African Health Monitor : African medecin day* pp52-57.

OUATTARA F., 2002, « Gouvernances quotidiennes au cœur des structures de santé. Les cas d'Orodara et de Banfora, Burkina Faso », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 23-24 2002, mis en ligne le 15 décembre 2006, Consulté le 18 avril 2011. URL : <http://apad.revues.org/145>

OUATTARA F., 2003, « Comité consultatif de déontologie et d'éthique (CCDE), "Y a-t-il une éthique propre à la recherche pour le développement ?" », *Bulletin de l'APAD* [En ligne], 26 |2003, mis en ligne le 16 juin 2008, Consulté le 18 avril 2011. URL: <http://apad.revues.org/3633>

OUEDRAOGO L. D., 2000, *Praticiens et usagers de la médecine et la pharmacopée traditionnelle : logiques et modalités de recours à la tradithérapie : cas de la ville de Ouagadougou*, mémoire de maîtrise sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 118p.

PARE I., *une pharmacie verte*, <http://www.ledevoir.com/2003/10/25>

QUIVY R. et **VANCAMPENHOUDT L.**, 1995, *Manuel de recherche en Sciences Sociales*, Paris, Dunod, 2è édition, 288 p.

SANGA B., *Lutte contre la maladie : La valorisation de la médecine traditionnelle, une nécessité*, http://www.santetropicale.com/actualites/index.asp?id=4532&texte=1107/1107_9&action=lire, *Sidwaya - Burkina Faso - 07/11/2007*

SOME E. et **YAMEOGO A.**, 2008, *Étude Socio-anthropologique déterminant la collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine moderne dans les villes de Ouagadougou et Bobo-Dioulasso*, DMPT, 101p.

SOME E. et **YAMEOGO A.**, 2010, *Étude sur les perceptions traditionnelles des tradipraticiens de santé sur la drépanocytose, le paludisme, le VIH/Sida, la malnutrition et les fibromes dans les villes de Ouagadougou, Bobo-Dioulasso et Dori*, DMPT, 88p.

SOUBEIGA A., 2003, « Les conceptions populaires moosé de la méningite (Burkina Faso)», in BONNET D., JAFFRE Y., *Les maladies de passages : transmission, préventions, et hygiènes en Afrique de l'ouest*, Paris, Karthala, pp.281-293

STANLEY B., *Effets curatifs vérifiés de la médecine traditionnelle chinoise contre le SIDA*, 2004-02-13 : <http://web.idrc.ca/fr>

TCHIGANKONG N. D., 2009, *Les Plantes médicinales et la Problématique de la Santé en Afrique : Quelle orientation pour la coopération de l'Union Européenne en Afrique ? Cas du Sida et de la Malaria*, Mémoire de Master2 (filière Trilingue), Institut Européen Des Hautes Études Internationales, Nice, 130p.

TRAORE B., 1993, *La maladie et son mode de transmission chez les tradipraticiens de Bobo-Dioulasso*, mémoire de maîtrise en sociologie, FLASHS, Université de Ouagadougou, 110 p.

TRAORE L. L., 1998, *Place de la médecine traditionnelle dans les recours thérapeutiques des mères pour le traitement des maladies de l'enfance : cas de Banfora*, Mémoire de maîtrise en sociologie, FLASHS, Université de Ouagadougou, 73 p.

TREMBLAY M-A., 1966: "De l'hôpital médiéval à l'hôpital moderne" (1922-1966), <http://pages.infinet.net/sociojmt>

YANGNI-ANGATE A., octobre-décembre 2000, *Médecine traditionnelle et médecine moderne dans le contexte de la mondialisation*, PROMETRA, Médecine Verte N° 007

YAMEOGO P. A., 2007, *Itinéraires thérapeutiques et recours à la médecine traditionnelle par les personnes vivant avec le VIH/SIDA dans la ville de Ouagadougou*, mémoire de maîtrise en sociologie, UFR/SH, Université de Ouagadougou, 115p.

ZONGO S., 2006, *Faute et responsabilité en santé. Personnels de santé et usagers face aux mort-nés à Ouagadougou. (BURKINA FASO)*. Mémoire de Master2 (option recherche), département d'anthropologie, Université de Provence (Aix-Marseille I), 125p

ZOURE D., 1996, *Les médecins face à la collaboration entre médecine moderne et médecine traditionnelle au Burkina Faso*. Mémoire de maîtrise en sociologie, FLASHS, Université de Ouagadougou, 91 p.

Rapports et périodiques

Burkina Faso, Ministère de la santé, DMPT, 2007, ‘‘Textes réglementaires de la médecine et pharmacopée traditionnelles.

Burkina Faso, Ministère de la santé, DGISS, 2010 : Annuaire Statistique 2009

Burkina Faso, Ministère de la santé, DGISS, 2009: Annuaire Statistique 2008

Burkina Faso, Ministère de la santé, 2004, Document cadre de politique nationale en matière de médecine et de la pharmacopée traditionnelles

Burkina Faso, Ministère de la santé, 2006, Document Projet Centre de médecine traditionnelle et des soins intégrés de Ouagadougou

Burkina Faso, Ministère de la santé, 2010, Document De Synthèse des Deuxièmes État Généraux de la Santé

Burkina Faso, Ministère de la santé, Plan National de Développement Sanitaire, 2001-2010

CAMES, 1976, Médecine traditionnelle et pharmacopée Africaine 2ème colloque, 248 p.

NHi2T, 2001, Les Thérapies Naturelles contre le VIH/SIDA à l’Ère des Multithérapies : une alternative pour l’Afrique avec les plantes médicinales, 50 p.

OMS, 2001, Promotion du rôle de la médecine traditionnelle dans le système de santé : stratégie de la région africaine, 20 p.

OMS, 2002, Stratégie pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005, 67p.

OI.PROMETRA, 2004, Médecine verte, ed. Metraf, 64 p.

EURÊKA n°001, avril 1992, Médecine moderne, médecine traditionnelle: Quelle collaboration? Publication trimestrielle du CNRST - Les deux écoles, 20p.
<http://www.greenstone.org/greenstone3/nzdl>.